

Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, Managua.

UNAN - MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales

“Cornelio Silva Argüello”



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Departamento de Ciencia, Tecnología y Salud

Monografía para optar al título de Médico y Cirujano General

Comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa, Chontales durante el año 2019.

Autores:

Br. Fernández Pérez Marcos Yovany.

Br. Marengo Mora Silvio Douglas.

Tutor clínico:

Dr. Wilber Antonio Pavón Baldelomar.

Especialista en ginecología y obstetricia.

Tutora Metodológica:

Dra. Karla Patricia Castilla.

Doctora en Educación e Intervención Social.

Docente de la UNAN-FAREM Chontales

Enero 2021

¡A la libertad por la Universidad!

Tema

Comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia del primer trimestre de embarazo.

Subtema

Comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa, Chontales durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2019.

Dedicatoria

A Dios por darme la sabiduría en todo momento y me ha permitido llegar hasta este momento.

A mis padres: Marvin Marcelo Fernández Fernández y Ada Francis Pérez Luna por su apoyo incondicional, por inculcarme buenos valores que me son útiles en la vida diaria, el cual todos mis triunfos son suyos.

A mis Hermanos y amigos por motivarme a seguir adelante a pesar de los obstáculos.

A mi esposa, María Luisa Juárez Suazo y mis hijos por ser la motivación y fuerza en mis luchas de la vida, por permanecer siempre a mi lado en los buenos y malos momentos.

Marcos Yovany Fernández Pérez

A Dios por darme sabiduría y entendimiento para poder culminar mi carrera.

A mi madre Sofía Mora por haberme ayudado a formarme tanto como hombre como de manera profesional gracias a su guía, consejería y amor incondicional y siempre permanecer a mi lado y apoyarme en todo.

A mi padre Silvio Marengo por haberme apoyado a lograr este triunfo, por siempre contar con él, y por ser un ejemplo de hombre Perseverador, Humilde y Cariñoso.

A mi Tía Isabel Mora por ser como una madre para mí y siempre apoyarme y velar por mí, por darme su cariño y siempre confiar en mí.

A mi novia Ivania Martínez por su apoyo incondicional, por confiar en mí y brindarme siempre seguridad, por su amor y motivación para ayudarme a ser mejor cada día.

A mis amigos por siempre brindarme su apoyo, consejo y ayuda en todo momento.

Silvio Douglas Marengo Mora

Agradecimientos.

A Dios Padre Celestial, por la fuerza y sabiduría que nos ha brindado en este arduo camino y de esta manera permitirnos la culminación de una meta más en nuestras vidas.

A nuestros padres, por ser el motor que nos impulsa a seguir adelante, por la ayuda emocional, moral y económica que nos han brindado a lo largo de este trayecto profesional.

A nuestros maestros, por la enseñanza diaria, cuyo propósito es formar excelentes profesionales. Al personal del Hospital Asunción Escuela Juigalpa, que directa e indirectamente contribuyó para la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas que, de una u otra manera, con su apoyo, hicieron posible la realización y culminación de este trabajo.

Resumen

La realización de esta investigación tiene como objetivo determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las pacientes que presentaron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa en el año 2019.

Material y método: Es un estudio cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal. El universo corresponde a 913 pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia por hemorragia durante el primer trimestre de embarazo, la muestra está constituida por 68 pacientes, las cuales fueron seleccionadas a través de un muestreo tipo probabilístico. Para la recolección de información se utilizó la ficha de registro de datos, el cual consta de dos partes según las variables establecidas en los objetivos propuestos, el método es el análisis documental de fuentes secundarias (expedientes clínicos), dicho instrumento se validó con la fórmula Alfa de Cron Bach.

Resultados: el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 20-34 años (76.6 %), mayormente de área rural (55.9 %), predominando como estado civil la unión de hecho estable con 69.1 %, nivel de escolaridad principal fue la primaria (58.8 %), la mayoría de pacientes no presentan antecedentes personales patológicos (89.7%), ninguna tenía antecedentes no patológicos (100 %), con predominio de multigestas con 54.4 %, el 86.8 % no tenía abortos previos.

En cuanto a características clínicas, como principal causa de hemorragia se presentó el aborto con 82.4 %, en el que a su vez, predominó como forma clínica el huevo muerto retenido con 32.7 %, las pacientes tenían principalmente entre 1-2 controles prenatales (69.1 %), acudieron a la

unidad por demanda espontánea (77.9 %), estables (100 %), edad gestacional menor a 12 SG (72.1 %), mayor prevalencia de manejo quirúrgico con 72.1 %, la mayoría no ameritaron transfusión sanguínea masiva (98.5 %), a su vez, la mayoría sin grados de shock hipovolémico con 98.5 %, estancia hospitalaria de 1-4 días con 98.5 %, la mayoría egresaron vivas sin comorbilidades (89.75 %), la tasa de complicación general fue de 25%, siendo la anemia aguda la principal complicación con 13.2 %.

Conclusión: las características epidemiológicas de las pacientes que presentaron hemorragia de primer trimestre de embarazo, fueron principalmente: de 20-24 años de edad, unión de hecho estable, con nivel de escolaridad bajo, sin antecedentes personales patológicos y no patológicos, multigestas, sin antecedentes de aborto.

En cuanto a sus características clínicas, la principal causa de hemorragia fue el aborto en sus diversas formas clínicas, con prevalencia de huevo muerto retenido, estas pacientes habían tenido entre 1-2 CPN y cuando llegaron a la unidad de salud, fue en estado estable, por demanda espontánea, con edad gestacional menor a 12 SG, indicándose el manejo quirúrgico, baja necesidad de transfusión masiva convencional y de manera masiva, la mayoría sin shock hipovolémico, a su vez, poca necesidad de ingreso a UCI y de intubación orotraqueal, con estancia hospitalaria de 1-4 días, como principal complicación asociada, fue la anemia aguda, egresando vivas sin comorbilidades.

A través de este análisis se realizó la prueba de Chi Cuadrada, que rechazó la hipótesis nula y acepta la hipótesis alternativa: “las pacientes con hemorragia del primer trimestre del embarazo presentan complicaciones derivadas del cuadro clínico”

Summary

The purpose of this research is to determine the clinical and epidemiological behavior of the patients who presented bleeding during the first trimester of pregnancy treated at the Hospital Regional Escuela "Asunción" Juigalpa in 2019.

Material and method: It is a quantitative, retrospective, cross-sectional study. The universe corresponds to 913 patients admitted to the obstetric service due to hemorrhage during the first trimester of pregnancy, the sample is made up of 68 patients, who were selected through a probabilistic sampling. For the collection of information, the data record sheet was used, which consists of two parts according to the variables established in the proposed objectives, the method is the documentary analysis of secondary sources (clinical records), said instrument was validated with Cron Bach's Alpha formula.

Results: the age group with the highest frequency was 20-34 years (76.6%), mostly from rural areas (55.9%), with the prevailing marital status stable de facto union with 69.1%, the main level of education was primary (58.8%), most of the patients did not have a pathological personal history (89.7%), none had a non-pathological history (100%), with a predominance of multigens with 54.4%, 86.8% had no previous abortions.

Regarding clinical characteristics, abortion was the main cause of bleeding with 82.4%, in which, in turn, the retained dead egg predominated as a clinical form with 32.7%, the patients had mainly between 1-2 prenatal controls (69.1 %), attended the unit due to spontaneous demand (77.9%),

stable (100%), gestational age less than 12 SG (72.1%), higher prevalence of surgical management with 72.1%, most did not require massive blood transfusion (98.5 %), in turn, the majority without degrees of hypovolemic shock with 98.5%, hospital stay of 1-4 days with 98.5%, the majority were discharged alive without comorbidities (89.7 5%), the general complication rate was 25% , being acute anemia the main complication with 13.2%.

Conclusion: the epidemiological characteristics of the patients who presented hemorrhage in the first trimester of pregnancy were mainly: 20-24 years of age, stable de facto union, with a low level of education, no pathological and non-pathological personal history, multigesta, no history of abortion.

Regarding its clinical characteristics, the main cause of hemorrhage was abortion in its various clinical forms, with a prevalence of retained dead egg, these patients had had between 1-2 NPCs and when they arrived at the health unit, it was in stable condition , due to spontaneous demand, with gestational age less than 12 SG, indicating surgical management, low need for conventional massive transfusion and in a massive way, the majority without hypovolemic shock, in turn, little need for admission to ICU and orotracheal intubation, With a hospital stay of 1-4 days, the main associated complication was acute anemia, discharging alive without comorbidities.

Through this analysis, the Chi Square test was performed, which rejected the null hypothesis and accepts the alternative hypothesis: "patients with bleeding in the first trimester of pregnancy present complications derived from the clinical picture"

Tabla de contenido

Capítulo 1. 1

1.1 Introducción 1

1.2 Fundamentación del problema de investigación 3

1.2.1 Planteamiento del problema 3

1.1.2 Fundamentación del problema de investigación...... 5

1.3 Objetivos. 8

1.3.1 Objetivo general...... 8

1.3.2 Objetivos específicos...... 8

Capítulo 2: Marco conceptual. 9

2.1 Marco referencial...... 9

2.1.1 A nivel internacional..... 9

2.1.2 A nivel nacional 10

2.2 Marco teórico. 12

1.1 Marco legal 45

1.2 Hipótesis...... 47

Capítulo 3: diseño metodológico 48

1.1 Tipo de estudio 48

3.2 Área de estudio..... 49

3.3 Población o universo 49

3.4 Muestra. 49

3.5 Unidad de análisis 50

3.6 Tipo de muestreo..... 51

3.7 Criterios de inclusión 51

3.8 Criterios de exclusión...... 51

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de información...... 52

3.10 Ficha de recolección de datos..... 52

3.11 Tipos de variables 52

3.12 Validación del Instrumento..... 54

3.13 Obtención de la información..... 56

3.14 Procesamiento y análisis..... 56

3.15 Operacionalización de variables 59

3.16 Consideraciones éticas 67

<u>4. Capítulo 4: Análisis y discusión de resultados.</u>	68
<u>5. Capítulo 5: Comprobación de la hipótesis de investigación.</u>	98
<u>6. Capítulo 6: conclusiones.</u>	100
<u>7. Capítulo 7: Recomendaciones.</u>	102
<u>Bibliografía</u>	104

índice de tablas

<u>Tabla N° 1: edad.</u>	113
<u>Tabla N° 2: residencia</u>	113
<u>Tabla N° 3: estado civil.</u>	114
<u>Tabla N° 4: escolaridad.</u>	114
<u>Tabla N° 5: antecedentes personales patológicos.</u>	115
<u>Tabla N° 6: antecedentes personales no patológicos.</u>	115
<u>Tabla N° 7: gestas.</u>	116
<u>Tabla N° 8: abortos previos.</u>	116
<u>Tabla N° 9: causas de hemorragia.</u>	117
<u>Tabla N° 10: atenciones prenatales.</u>	117
<u>Tabla N° 11: tipo de ingreso hospitalario.</u>	118
<u>Tabla N° 12: forma clínica de aborto.</u>	118
<u>Tabla N° 13: condición clínica al ingreso.</u>	119
<u>Tabla N° 14: edad gestacional al ingreso</u>	119
<u>Tabla N° 15: tipo de manejo indicado.</u>	120
<u>Tabla N° 16: ameritó transfusión masiva.</u>	120
<u>Tabla N° 17: grado de shock hipovolémico.</u>	121
<u>Tabla N° 18: complicaciones por transfusión masiva.</u>	121
<u>Tabla N° 19: ameritó transfusión sanguínea no masiva</u>	122
<u>Tabla N° 20: complicación presentada.</u>	122
<u>Tabla N° 21: necesidad de ingreso a UCI.</u>	123
<u>Tabla N° 22: necesidad de intubación orotraqueal.</u>	123
<u>Tabla N° 23: días de estancia hospitalaria.</u>	124
<u>Tabla N° 24: condición de egreso materno.</u>	124

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración n° 1. Tamaño de la muestra	50
Ilustración 2. Validación y fiabilidad del instrumento	55
Ilustración 3: fórmula de Chi Cuadrado	57
Ilustración 4. Prueba de chi-cuadrado.	98



Capítulo 1.

1.1 Introducción

El embarazo ha sido dividido clásicamente en etapas según la edad gestacional debido a factores dependientes del producto y a cuadros clínicos derivados del embarazo propios o dependientes de ciertas edades gestacionales; el primer trimestre se caracteriza por el desarrollo embrionario/fetal y placentario temprano del cual se deriva el éxito de la gestación y de cuyo proceso fisiológico depende grandemente, la evolución del embarazo, Organización Panamericana de Salud, 2013.

En Nicaragua la mortalidad materna se ha reducido de manera continua, pasando de 111 muertes en el año 2000 a 91 en el año 2009; desde el año 2012, se redujo de 118 por cada 100,000 nacidos vivos a 38 por cada 100, 000 nacidos vivos en el 2018, siendo la hemorragia obstétrica la principal causa de desenlace fatal (hemorragia postparto), World Health Organization, WHO, 2019.

La hemorragia del primer trimestre es una causa frecuente de motivo de asistencia sanitaria que se relaciona principalmente a formas clínicas de aborto, siendo esta, la cuarta causa de muerte materna en Nicaragua de manera general, pero también pueden ser causas de hemorragia, el embarazo ectópico y el embarazo molar, que de no ser tratados oportunamente, pueden conllevar a morbimortalidad materna. Hay otras causas de hemorragias, muchas veces no relacionadas directamente a mortalidad materna pero que se pueden presentar en el primer trimestre, algunas relacionadas directamente a la gestación y otras sin relación dentro del contexto de embarazo y que son poco frecuentes, tales como el sangrado por implantación del huevo fecundado, por várices vaginales o vulvares, cervicovaginitis, mioma uterino que sangra y que concuerda con el embarazo, entre otras (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018).

La hemorragia del primer trimestre puede ser variable, desde leve hasta grave, en los que se compromete el estado materno-fetal, estos cuadros pueden llegar a ser catastróficos y requieren de un manejo inmediato, oportuno y eficaz ya que puede evolucionar rápidamente a complicaciones derivadas del sangrado que incrementan el riesgo de muerte de la paciente (Cunningham, 2015).

En Nicaragua se cuenta con datos estadísticos y con un mapa de muerte materna para conocer los datos precisos del comportamiento de la muerte de mujeres en Nicaragua dentro del contexto de



embarazo, parto y puerperio, sin embargo hay pocos datos relacionados al comportamiento de la hemorragia del primer trimestre del embarazo y cómo se presenta en la población del país, ya que mucha de la información de las presentaciones clínicas de la hemorragia del primer trimestre es limitada en cuanto a datos clínicos y epidemiológicos que permitan un conocimiento amplio de dichas patologías.

El estudio se dirige a determinar características y epidemiológicas de pacientes embarazadas con hemorragia del primer trimestre, su primer capítulo corresponde al planteamiento del problema, justificación y objetivos; el segundo capítulo corresponde al marco conceptual que a su vez se constituye por el marco referencial, marco teórico, marco legal y las hipótesis planteadas.; el tercer capítulo se corresponde al diseño metodológico donde se aborda el tipo de estudio, área de estudio, población, muestra, unidad de análisis, tipo de muestreo, criterios de inclusión, criterios de exclusión, técnica e instrumento de recolección de información, ficha de recolección de datos, variables, validación de instrumento, procesamiento y análisis, operacionalización de variables y consideraciones éticas; el cuarto capítulo corresponde al análisis y discusión de resultados donde se evidencian los gráficos de las variables planteadas; el quinto capítulo corresponde a las conclusiones de la investigación según objetivos; el sexto capítulo corresponde a las recomendaciones en relación a aspectos a mejorar dirigidos a instituciones específicas; finaliza con bibliografía y anexos, en donde se muestran las tablas de variables planteadas, el instrumento de recolección de información y cartas de permiso.



1.2 Fundamentación del problema de investigación

1.2.1 Planteamiento del problema

Durante las primeras 20 semanas del embarazo, del 20 al 30% de las mujeres tienen sangrado vaginal, la cantidad de sangrado es variable y puede ser desde leve hasta grave. La eliminación de grandes cantidades de sangre siempre es motivo de preocupación, pero el manchado o el sangrado leve también pueden indicar un trastorno grave (Gómez Gutiérrez & Larrañaga, 2019, pág. 5).

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas son, hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones puerperales, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto; los abortos peligrosos. (World Health Organization, WHO., 2019).

Es importante el poder determinar los datos clínicos y epidemiológicos de las pacientes que se atienden en un área geográfica específica para poder hacer análisis médicos acorde a la realidad de la misma, obteniéndose información precisa y confiable que sea útil para tomar decisiones con fines preventivos y de promoción de salud encaminados a incidir sobre los factores que se asocian a la aparición de determinados cuadros y evitar las complicaciones derivadas. Es así claro pues, que se torna imprescindible investigar qué características epidemiológicas y clínicas se asocian a las pacientes con cuadros de hemorragia del primer trimestre, favoreciendo así, dirigir las decisiones de carácter de salud pública (preventivas) a las pacientes que se atienden desde atención primaria y mejorar la calidad de la atención médica en sus respectivos controles prenatales.



1.1.2 Fundamentación del problema de investigación.

Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en todo el mundo disminuyó en un 44%, entre 2016 y 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el objetivo es reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Se estima que, durante el período 2010–2014, ocurrieron cada año 36 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años en las regiones en desarrollo, en comparación con 27 en las regiones desarrolladas. La tasa de aborto disminuyó significativamente en las regiones desarrolladas a partir de 1990 a 1994; sin embargo, no ocurrió un cambio significativo en las regiones en desarrollo (Organización Panamericana de Salud, 2018). “El aborto se considera la cuarta causa de muerte en Nicaragua” (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018), esto hace importante poder caracterizar las pacientes con dichos cuadros clínicos y así poder actuar sobre estos factores. Similar caso de embarazo ectópico y embarazo molar, cuyos esfuerzos deben ir enfocados en conocer los factores asociados a su incidencia y poder actuar en consecuencia, de ahí surge el siguiente planteamiento:

¿Cuál es el comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia del primer trimestre de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa, Chontales durante el año 2019?



Justificación.

La mortalidad materna en todo el mundo es un importante problema de salud pública, no solo por las consecuencias en el entorno familiar y social, sino por los gastos económicos al sector salud (por ende, al estado) que conlleva el proceso de atención. La muerte materna es considerada a nivel internacional como un indicador sanitario que implica trabajar para contribuir a la reducción de desenlaces fatales, considerando que, actualmente, la disminución de fallecimientos a nivel mundial, se considera como uno de los cinco objetivos del milenio para el desarrollo social.

La trascendencia social e institucional (hospitalaria), se basa en que, la hemorragia por sí sola, puede presentarse de manera antenatal tan comúnmente como de forma intraparto y posnatal con altas probabilidades de inducir morbimortalidad materno-fetales y con implicaciones a corto y largo plazo, por ello se vuelve importante determinar cómo son esos dos aspectos en atención de las pacientes manejadas en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa con cuadros de sangrados obstétricos en las primeras etapas del embarazo.

Desde un punto de vista metodológico, su importancia radica en que, a pesar de que se cuenta con información acerca del comportamiento clínico de aborto, enfermedad trofoblástica gestacional y embarazo ectópico, esta se encuentra de manera individual (no grupal según los estudios), en unidades de salud diferentes y con enfoque terapéuticos distintos sin poder dar una aproximación descriptiva de una población determinada de manera global, tampoco se cuenta con datos de comportamiento clínico de pacientes que presentan cuadros de hemorragia del primer trimestre del embarazo y su caracterización clínico-epidemiológico, por lo que sería la primera vez que se estructura un estudio con tal perfil metodológico sobre todo en la unidad de salud en la que se realiza el estudio, por lo que aporta un nuevo enfoque investigativo.

Desde un punto de vista médico, representa una fuente de conocimiento acerca de cómo se comporta este cuadro clínico en cuanto al tipo de población atendida, sus características sociodemográficas, sus antecedentes médicos, esquema terapéutico, complicaciones y desenlace, que garantizará una visión integral de pacientes atendidas en la unidad de salud que actúan como herramientas de conocimiento para la praxis médica de esta área de la salud.



Al ser un estudio de primera caracterización integral, será una fuente de información para estudios a futuro que puedan tomar como base, datos presentados y sirvan de comparaciones con evaluaciones a posteriori, relevante para conocer los avances en el manejo de la morbimortalidad materno-fetal-perinatal por la causa del estudio. Información que será almacenada en el repositorio de la biblioteca de la UNAN-FAREM-Chontales.



1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo general.

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológicas de las pacientes que presentaron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2019.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Determinar las características epidemiológicas de las pacientes atendidas.
2. Identificar las principales causas de hemorragia que fueron motivo de atención hospitalaria.
3. Relacionar el comportamiento clínico de las causas de hemorragia y su efecto en el desenlace materno y fetal.



Capítulo 2: Marco conceptual.

2.1 Marco referencial.

En este apartado se describirán antecedentes que justifican el trabajo de investigación tanto en contexto internacional, nacional y regional.

2.1.1 A nivel internacional

Guevara Ríos (2010), realizó una revisión de casos en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú acerca de la hemorragia del primer trimestre del embarazo acontecidas en el año 2005, con el objetivo de mostrar la frecuencia de dichos cuadros en la población atendida en ese período a partir de datos estadísticos recopilados en esa unidad de salud y del servicio de epidemiología que fueron reportados; en general se describe que las principales causas de muerte materna en ese país son: hemorragias, 41%; toxemia, 19%; infección y aborto, 6%; parto obstruido, 1% y otras causas, 25%, se identificó que el 79,2% de las muertes maternas por hemorragias se produjo durante el parto y en el posparto, 7,7% fue por hemorragias de la segunda mitad del embarazo y 6,4% por embarazo ectópico, concluye que en ese año se atendieron 4,380 pacientes con diagnóstico de aborto, 155 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 147 pacientes con diagnóstico de enfermedad del trofoblasto.

Viteri Salazar (2015-2016) realizó un estudio acerca de hemorragia del primer trimestre en primigestas en el hospital universitario entre 2015 -2016 en Guayaquil, Ecuador, con el objetivo de determinar la prevalencia de hemorragia durante el primer trimestre del embarazo, la metodología utilizada fue de tipo no experimental, cuali-cuantitativo, transversal y retrospectivo, la tabulación y análisis de datos se realizó en el programa SPSS y la elaboración de gráficos con las tablas de registro en el programa Microsoft Office Excel 2010 para la elaboración de tablas y análisis estadísticos. Los principales resultados del estudio fueron que la metrorragia del primer trimestre en la población de estudio (que fue de 426 pacientes), un 73% presenta sangrado pero el 27% no lo presentó, la edad más prominente a tener sangrado en el primer trimestre de embarazo es menores de 20 años con un porcentaje de 48 %, siguiendo la mujeres mayores de 41 años con un porcentaje de 22% y las mujeres de 21 a 30 años como las mujeres de 31 a 0 años con un porcentaje cada una de 15%.



Rivero y Pintado (2017), realizaron un estudio sobre frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017, con el objetivo de describir y dar a conocer los factores predisponentes, la metodología utilizada para el estudio descriptivo, no experimental, retrospectivo y longitudinal, en el cual se generó una base de datos de expedientes de historias clínicas de pacientes atendidas durante enero y febrero del 2017 en el Hospital Mariana de Jesús. La recolección de datos se realizó en un libro de Excel 2014 y posteriormente se generaron tablas y análisis estadístico en Microsoft Word 2015. Los principales resultado del estudio conto con 92 pacientes de los cuales el grupo de edad con mayor frecuencia de aborto con un 46 % fue entre 20-25 años, el 69% de los pacientes no tenía antecedentes, y el 70% de los abortos fue antes de las 12 semanas. Obteniendo las siguientes conclusiones; el aborto se presenta más frecuentemente antes de las 12 semanas, los antecedentes patológicos ginecológico no son un factor de riesgo para aborto, se requieren búsqueda de otros posibles factores que puedan desencadenar aborto.

2.1.2 A nivel nacional

Calderón Centeno (2017) realizó un estudio acerca de embarazo ectópico en primigestas atendidas en emergencia obstétrica del hospital Alemán Nicaragüense en el período de Junio 2013 a junio 2016, con el objetivo de caracterizar socio demográficamente y clínicamente a las pacientes del estudio, un estudio tipo descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, a través de revisión de expedientes clínicos, la recolección de información se realizó en SPSS V.22, donde se elaboraron las tablas y gráficos, se estudiaron 16 pacientes, con los siguientes resultados: predominó el grupo etéreo de 15 a 20 años, procedentes del área urbana, el estado civil de unión libre, la escolaridad primaria, la ocupación de ama de casa, y la religión evangélica; la mayoría de pacientes tuvo el diagnóstico de ingreso de embarazo ectópico conservado y localizado en ampolla, la edad gestacional predominante fue 7 a 8 semanas, el 16% fueron primigestas.

Mejía & Cerda (2016) realizaron un estudio acerca de factores asociados al embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua de Abril 2014-Abril 2016 en Managua, Nicaragua, con el objetivo de determinar datos generales y clínicos de las pacientes, con la metodología de estudio descriptivo, de corte transversal, una muestra de 83 pacientes a través de revisión de expedientes clínicos y recolección de datos en Microsoft Excel



y realización de tablas en Microsoft Word, con los principales resultados: principalmente entre 20-34 años de edad, de procedencia rural, con un nivel escolar de primaria, todas las mujeres en estudio presentaron sangrado transvaginal de forma intermitente esporádico durante el primer trimestre del embarazo seguido de dolor abdominal e hiperémesis grávida; el diagnóstico se estableció por la toma del ultrasonido abdominal, transvaginal y la medición de la hormona Gonadotropina Coriónica Humana en sangre y Orina. Al 100% se les realizó LUA-LUI y en menor proporción histerectomía.

Robles & Guerrero (2016) realizaron un estudio acerca del nivel de cumplimiento en la aplicación del protocolo en el abordaje de embarazo ectópico en mujeres atendidas en el servicio de complicaciones del hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015, con el objetivo de determinar el manejo de las pacientes según normativa vigente, siendo un estudio descriptivo, de corte transversal mediante revisión de expedientes clínicos, los datos se procesaron y analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 19, la elaboración de tablas y gráficos se realizaron a través de Microsoft Excel y Microsoft Word. Sus principales resultados fueron: prevaleció el grupo etario de 30-34 años, de predominio urbano, nivel de escolaridad secundaria y con unión de hecho, edad gestacional entre 5-10 semanas y sin controles prenatales, el 100% fueron bien clasificadas como embarazo ectópico roto y no roto, con realización de exámenes y ultrasonido, el 100% de las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente en el momento oportuno; el 76.7% de los expedientes logran cumplir con los estándares de calidad de atención.



2.2 Marco teórico.

A continuación se presenta la bibliografía respecto al tema de estudio, se tomó como base la información obtenida de la guía de práctica clínica del país, “Manejo de complicaciones obstétricas, Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018”, cada aspecto sigue los lineamientos de este texto para la atención nicaragüense pero se extendió la información con ayuda de literatura internacional.

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial (Ishikawa & Raine, 2013). La muerte materna se da durante el período de embarazo o dentro de los 42 días después de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (World Health Organization, WHO, 2019).

La hemorragia durante el embarazo como etiología puede variar según el trimestre de embarazo, aquel que se origina durante el primer trimestre de embarazo es una causa importante como motivo de atención de salud, un 15-25% de los embarazos culminan en aborto y el restante tiene mayor riesgo de desarrollar complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta previamente normoinsertada, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer. Las causas de hemorragia del primer trimestre de embarazo en relación directa y principales son constituidas por el aborto (en todas sus formas clínicas), embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018).

Una de las principales consecuencias de las complicaciones del primer trimestre justamente es la hemorragia, que puede ser leve, en forma de un manchado hemático transvaginal de poca cuantía, hasta un cuadro severo que compromete grandes volúmenes de la volemia de la paciente y pone en riesgo la vida del binomio madre-feto, y conllevar a complicaciones secundarias al sangrado que aumentan la morbilidad y el riesgo de muerte materna.

1. Historia y epidemiología.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron



unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna, mientras que en otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año, sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% (World Health Organization, WHO, 2019).

Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en todo el mundo disminuyó en un 44%, entre 2016 y 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el objetivo es reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Se estima que, durante el período 2010–2014, ocurrieron cada año 36 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años en las regiones en desarrollo, en comparación con 27 en las regiones desarrolladas. La tasa de aborto disminuyó significativamente en las regiones desarrolladas a partir de 1990 a 1994; sin embargo, no ocurrió un cambio significativo en las regiones en desarrollo (Organización Panamericana de Salud, 2018).

En gran parte del mundo, las mujeres de 20–24 años de edad tienden a mostrar la tasa más alta de aborto de cualquier grupo de edad, y las mujeres en la veintena representan la mayor parte de los abortos. En las regiones desarrolladas, las tasas de aborto en adolescentes son bastante bajas (por ejemplo, 3–16 por 1,000 en mujeres de 15–19 años de edad) y han estado disminuyendo continuamente en muchos de esos países; no hay disponibilidad de datos comparables para las regiones en desarrollo. Del total de abortos, se estima que el 55% son *seguros* (es decir, se realizan usando un método recomendado y por un proveedor apropiadamente capacitado); 31% son menos seguros (cumplen ya sea con el criterio del método o del proveedor); y 14% son nada seguros, es decir, no cumplen con ninguno de los dos criterios (Guttmacher Institute, 2018).

Con respecto al embarazo ectópico, se estima que para 1970 tenía una frecuencia de 1:300-200 gestaciones, en 1983 se eleva la frecuencia a 1:100-150 gestaciones, con una mortalidad de 1:400



casos, mientras que en el 2004 representa un 2,2 % del número total de los nacimientos y el 1,7 % de las gestaciones conocidas (Fernández Arenas, 2011, pág. 8).

Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto. A pesar del incremento notable de este cuadro en los últimos 20 años, su mortalidad ha disminuido 10 veces en el mismo periodo de tiempo (35,5/10 000 a 3,4/10 000) gracias a la precocidad diagnóstica y las actuales posibilidades terapéuticas (The Who Reproductive Health Library, 2013).

La incidencia de mola hidatiforme varía entre 0.5 – 1 por 1000 embarazos en América del Norte y Europa; del 1.5 – 6 por 1000 embarazos en América del Sur y más de 12 por 1000 embarazos en Asia. Tiene una incidencia muy superior en el extremo oriente (una gestación molar por cada 120-400 embarazos) con relación a occidente (una mola vesicular por cada 1.000-2.000 embarazos) y una frecuencia aumentada en los extremos de la vida reproductiva (antes de los 20 y después de los 40 años) y cuando existe el antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional (Elsevier, 2015).

2. Factores de riesgo que se asocian a las causas de hemorragia del primer trimestre del embarazo.

- I. Edad: la incidencia de cuadros de hemorragia y complicaciones se dan en los extremos de edad, relacionadas en gran parte por la falta de maduración de los órganos reproductivos de la mujer que impiden un buen desarrollo gestacional, con aumento del riesgo de abortos (también asociado a nutrición) que probablemente se asocie a necesidad de legrados o procedimientos quirúrgicos a nivel genital que incrementa el riesgo de que secundario a ellos, se produzcan embarazos ectópicos (por cicatrices uterinas), así como enfermedad trofoblástica gestacional.
- II. Tipo de residencia: se ha observado mayores complicaciones y malos resultados maternos sobre todo en personas de área rural debido a múltiples factores, entre ellos la pobreza, la dificultad del acceso a los servicios de salud, retardo de llegada a unidad de salud con adecuado nivel de resolución entre otros, lo que se traduce en mayores complicaciones en cuadros de complicaciones del primer trimestre.



- III. Estado civil: pacientes solteras o sin apoyo familiar pueden presentar mayor retraso en su atención de salud debido a factores sociales.
- IV. Escolaridad: se ha observado que las personas con poco nivel educativo tienen más tasas de complicaciones materno-fetales debido a la falta de acceso a la información.
- V. Antecedentes personales patológicos: las pacientes con comorbilidades (diabetes, hipertensión, asma bronquial, etcétera) tienen mayor riesgo de sufrir efectos adversos ante patologías del embarazo, además que dificulta el manejo y muchas veces contribuyen a empeorar el cuadro inicial.
- VI. Antecedentes personales no patológicos: hábitos tóxicos como la drogadicción, alcoholismo y también otro factor como la violencia inciden directamente sobre la salud reproductiva por efecto directo como el trauma (mayor tasa de aborto), así como ser factores debilitantes desde un punto de vista inmunológico que no permiten una buena implantación del blastocito incrementando el riesgo de embarazo ectópico.
- VII. Antecedentes ginecoobstétricos:
 - a. Gestas: el número de embarazos se correlaciona con mayor riesgo de embarazo ectópico (sobre todo en multigestas) o los abortos que es mayor en primigestas.
- VIII. Abortos previos: puede ser indicativo de un problema de base que se manifiesta clínicamente como abortos de manera consecutiva o alternos, lo que amerita estudio. Así también que incrementa el riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional. Otro parámetro es que, a causa de aborto, se pueden realizar procedimientos quirúrgicos a nivel uterino lo que predispone a embarazos ectópicos en gestaciones posteriores.
- IX. Atenciones prenatales: el no recibir atenciones prenatales repercute en la calidad de la atención precoz de la paciente embarazada. Al no contar con atenciones prenatales se incrementa el riesgo de sufrir complicaciones pues la paciente no cuenta con información acerca de los riesgos del embarazo o en muchos casos, no detectar tempranamente un embarazo ectópico, un embarazo molar o un embarazo anembriónico.
- X. Tipo de ingreso a unidad hospitalaria: cuando una paciente es referida de otra unidad de salud, incrementa la probabilidad de un mejor resultado adverso puesto se han puesto en marcha procedimientos encaminados a manejar el cuadro inicial y compensar a la paciente, A Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016.



Sin embargo, cada cuadro de hemorragia tiene sus propios factores de riesgo como agentes causales y también el cuadro por sí mismo, ser responsable de complicaciones, por lo tanto se aborda en cada apartado sus factores asociados.

3. Aborto.

Cada año, casi una tercera parte de las muertes mundiales atribuibles al aborto inseguro ocurren en Asia, causadas por factores como el acceso limitado a métodos anticonceptivos e información sobre servicios de salud reproductiva y una concentración desigual de servicios de aborto en zonas urbanas. En la actualidad, 222 millones de mujeres en el mundo en desarrollo desean evitar el embarazo pero no están usando un método moderno de anticoncepción. Cada año, 47,000 mujeres mueren a causa de abortos inseguros y millones más resultan heridas, algunas de manera grave y permanente; el 20-30% de los abortos inseguros causan infecciones del aparato reproductor y del 20 al 40% de ellos, dan como resultado infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres que se someten al aborto en condiciones de riesgo esta propensa a desarrollar discapacidad temporal o permanente que requiere atención médica. Por cada mujer que requiere de atención post-aborto en un hospital, hay varias que han tenido un aborto inseguro, pero que no buscan atención médica, porque consideran que la complicación no es grave, o porque no tienen los medios financieros necesarios, o porque temen s abusos, malos tratos o represalia legal (Organización Mundial de la Salud, 2019).

De acuerdo a datos oficiales, el aborto como causa de muerte materna representa el 2.7% (N=36) de las 1,147 fallecidas durante el período 2000-2011. De ellos el 39% fueron clasificados como aborto incompleto y 6% por aborto espontáneo. Según grupo de edad, el 25% de estos fallecimientos fueron en adolescentes, seguido del grupo de edad de 25 a 29 años con 22.2%. Por zona geográfica el 66.7% procedían de zona urbana, 61% fallecieron durante el embarazo y 39% en la etapa de puerperio; el 83.3% fallecieron en la unidad de salud y 16.7% en el domicilio (Organización Panamericana de Salud, 2013).

La palabra aborto se deriva del latín aboriri, abortar. El aborto se define como “la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal” (Cunningham, 2015, pág. 1180). Se presenta cuando hay una interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos o con una longitud cefalo-caudal



menor a 25 cm (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019, pág. 6).

El aborto se puede clasificar según su recurrencia en:

- I. Aborto espontáneo: pérdida de una sola gestación de manera espontánea y esporádica.
- II. Aborto recurrente: es un problema reproductivo multifactorial y que afecta a una población muy heterogénea. Las alteraciones cromosómicas son la causa más frecuente de pérdida gestacional tanto en abortos esporádicos como en recurrentes. Se estima que menos de un 5% de las mujeres van a experimentar dos pérdidas consecutivas de embarazo y sólo el 1% tres pérdidas consecutivas o más. En general, aproximadamente el 50% de los casos no presentan una etiología definida, aún luego de una evaluación exhaustiva. Por lo tanto, es la pérdida de dos o más gestaciones de forma consecutiva o de manera alterna y que tiene como base múltiples causas que deben estudiarse a fin de que esta forma de aborto sea una manifestación clínica de un problema de base no diagnosticado (Federación Argentina de sociedades ginecológicas y de obstetrica, FASGO, 2018, pág. 8).

Según su origen, Steinauer (2016), el aborto puede clasificarse en:

- I. Abortos espontáneos: los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos, este tiene formas de presentación o formas clínicas:
 - i. Amenaza de aborto:
 - Amenorrea secundaria.
 - Prueba de embarazo positiva (β -hCG cuantitativa).
 - Presencia de vitalidad fetal.
 - Sangrado uterino de magnitud variable.
 - Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable.
 - Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente.
 - ii. Aborto inminente o en curso:



Dolor en hipogastrio de intensidad moderada o tipo cólico.

Sangrado transvaginal de moderado a intenso.

Cérvix con modificaciones irreversibles.

iii. Aborto inevitable:

Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea.

Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico.

Hay dilatación cervical.

Dolor abdominal.

Sangrado transvaginal intenso.

Contracciones uterinas.

iv. Aborto incompleto:

Expulsión parcial del producto en concepción y/o anexos ovulares.

Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable.

Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea.

v. Aborto completo:

Expulsión completa del producto de la concepción.

Disminución del sangrado uterino y del dolor.

Es frecuente el cierre del orificio cervical.

vi. Huevo/feto muerto retenido:

Volumen uterino menor que por amenorrea.

Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal).

No hay modificaciones cervicales.

vii. Aborto séptico:

Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto.

Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido.

Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección.



Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero.

Alteraciones del estado general.

II. Abortos provocados: aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas y tardío a las 12 semanas o más. Este se puede dividir en dos subgrupos:

- i. Aborto eugenésico: se realiza con el fin de evitar la transmisión de malformaciones congénitas que amerita la interrupción del embarazo.
- ii. Aborto terapéutico: Se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido y constituye una indicación justificada para que el médico proceda en bien de la mujer embarazada (Human Reproduction, 2017).

Otras causas de hemorragia que pueden confundirse con aborto y son sus diagnósticos diferenciales son, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional, otras no relacionadas directamente a la gestación como várices vulvares o vaginales, lesiones del canal vaginal, sangrado disfuncional, miomatosis uterina, enfermedad cervicovaginal o puede ser un pequeño sangrado por implantación del huevo fecundado (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018).

- Factores de riesgo para aborto.

Diversos factores aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo, entre ellos, los siguientes:

- i. **La edad.** Las mujeres que tienen más de 35 años presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo que las mujeres más jóvenes. A los 35 años, hay un riesgo de un 20 % aproximadamente. A los 40 años, el riesgo es de alrededor de un 40 % y a los 45 años, es de un 80 % aproximadamente.
- ii. **Abortos espontáneos anteriores.** Las mujeres que han tenido dos o más abortos espontáneos consecutivos presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.



- iii. **Afecciones crónicas.** Las mujeres que padecen una afección crónica, como una diabetes no controlada, presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
 - iv. **Problemas del útero o el cuello uterino.** Ciertas anomalías en el útero o tejidos débiles en el cuello uterino (insuficiencia de cuello uterino) podrían aumentar el riesgo de tener un aborto espontáneo.
 - v. **Fumar y consumir alcohol y drogas ilegales.** Las mujeres que fuman durante el embarazo presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo que aquellas que no fuman. El consumo excesivo de alcohol y el consumo de drogas ilegales también aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo.
 - vi. **El peso.** Tener un peso menor al saludable o tener sobrepeso también son factores que han sido vinculados a un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
 - vii. **Estudios prenatales invasivos.** Algunos estudios genéticos prenatales invasivos, como los análisis de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, conllevan un pequeño riesgo de tener un aborto espontáneo (Barrantes Alonso et al, 2013, pág. 10).
- Diagnóstico:
 - I. Prueba de embarazo cualitativa positiva por urogravindex o prueba de embarazo cuantitativa por hemogravindex.
 - II. Ultrasonido: de preferencia transvaginal en búsqueda de datos de anidación intrauterina con datos de feto conservado o pérdida parcial o total del producto de la gestación y/o anexos ovulares además de búsqueda de feto muerto.
 - III. Datos clínicos de acuerdo a las formas de presentación del aborto.
 - Complicaciones.
 1. Secundarias al procedimiento quirúrgico: lesiones de órganos vecinos (intestino, vejiga o perforación uterina).
 2. Desgarros cervicales.
 3. Infertilidad secundaria.



4. Síndrome de Asherman.
5. Infección puerperal/shock séptico.
6. Hemorragia/Shock hipovolémico.
7. Hematómetra.
8. Dolor pélvico crónico.
9. Implicaciones psicológicas maternas (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018, pág. 37).

4. Embarazo ectópico.

Se considera embarazo ectópico la implantación del blastocito fuera de su lugar normal. De estos embarazos, aproximadamente el 98 % son tubáricos y de ellos, el 60 % son ampulares, el 30 % ístmicos, el 5 % fímbrico, el 3 % intersticiales y el 2 % corresponde a otras localizaciones. Para que se produzca se necesita la destrucción anatómica e histológica de las trompas de Falopio, también por desequilibrios hormonales, aberraciones de la motilidad tubaria, obstrucción y estrechez de la luz de la trompa y en casos muy raros puede originarlo la traslocación del huevo (Cunningham, 2015, pág. 1058).

Hay los múltiples factores etiológicos asociados al embarazo ectópico, entre ellos:

- I. Las Infecciones de Transmisión Sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*).
- II. Antecedentes de enfermedades inflamatorias pélvicas.
- III. Antecedentes de infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- IV. Cirugías pélvicas previas.
- V. Esterilización quirúrgica o salpingectomía parcial bilateral.
- VI. Uso de anticonceptivos intrauterinos.
- VII. Abortos inducidos.
- VIII. Antecedentes de embarazo ectópico.
- IX. Tabaquismo (American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2003, pág. 5).



- Diagnóstico.

Si el embarazo ectópico se encuentra conservado, la paciente puede cursar asintomática, por lo que en ausencia de signos y síntomas no se puede descartar el diagnóstico, sin embargo, la sospecha inicial se basa en una prueba de embarazo positiva asociada principalmente a los datos recogidos de los siguientes parámetros:

- I. Anamnesis: busca antecedentes de factores de riesgo para embarazo ectópico.
- II. Manifestaciones clínicas: puede ser asintomático en casos de embarazo ectópico conservado o grave con compromiso de la vida materna en casos de embarazo ectópico roto con inestabilidad hemodinámica. Las manifestaciones clínicas pueden variar, con sangrado transvaginal leve hasta sangrado masivo externo o interno que ocasiona datos de shock hipovolémico, además de la amenorrea como dato pivote.
- III. Ultrasonido: de preferencia por vía transvaginal, ya que permite datos precisos de embarazo ectópico, con una sensibilidad de 94-99% y especificidad de 87-99%.
- IV. Medición de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana: los valores positivos con mediciones cuantitativos (sobre todo mayor a 100 mU/ml) se utilizan para el diagnóstico y seguimiento de las pacientes en tratamiento ya que al ser manejada con cualquiera de las opciones terapéuticas, los niveles inician a descender. (A Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016, pág. 11)

- Pruebas adicionales:

- I. Progesterona sérica: en los embarazos extrauterinos el valor tiende a ser menor que en los intrauterinos. El 98 al 99 % de los embarazos ectópicos cursan con valores inferiores a los 15 ng /ml, mientras que valores inferiores a los 5 ng/ml descartan la viabilidad de un embarazo intrauterino o extrauterino. Cuando los valores son intermedios y hay estabilidad hemodinámica ayudan en el diagnóstico las determinaciones seriadas de HCG y la sonografía vaginal. Algunos autores señalan que solo cerca del 1% de los embarazos anormales se asocia a niveles de progesterona sérica iguales o superiores a 25 ng/ml.



- II. Existen marcadores hormonales como CA-125 que aumentan en el plasma cuando hay ruptura del epitelio tubárico y hemoperitoneo, pero se utilizan principalmente en casos de neoplasia trofoblástica gestacional (Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy, 2005).
- III. Ecografía abdominal: la identificación del producto de la concepción en la trompa de uterina es difícil mediante ecografía abdominal, si se identifica claramente un saco gestacional dentro de la cavidad uterina es improbable que coexista con un embarazo ectópico, no obstante, el reconocimiento mediante ecografía en tiempo real del movimiento del corazón fetal nítidamente fuera de la cavidad uterina proporciona una evidencia firme de embarazo ectópico.

Ventajas del ultrasonido por vía vaginal sobre el abdominal:

- i. Proximidad del transductor a los órganos pélvicos lo cual incrementa la definición de la imagen.
 - ii. No existe interferencia con asas intestinales llenas de gas, adherencias y no tiene las limitaciones del ultrasonido abdominal en las pacientes obesas.
 - iii. No requiere llenado vesical.
 - iv. Hay buena aceptación general por parte de las pacientes.
- IV. Ecografía con doppler color y pulsado transvaginal: desde la introducción de la ecografía vaginal con imágenes de flujo en color con transductor de alta frecuencia es posible establecer un diagnóstico más preciso y rápido del embarazo ectópico. Se describe una señal doppler de alta velocidad y baja impedancia localizada en el área donde se desarrolla la placenta. Las limitaciones de la imagen con doppler en el diagnóstico del embarazo extrauterino consisten en la necesidad de que la vejiga esté llena y con una experiencia considerable del ecografista para localizar el flujo sanguíneo placentario y optimizar la señal.

Falsos positivos de embarazo ectópico por método de medición de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana:



El diagnóstico falso positivo más frecuente es el cuerpo lúteo. Otras causas son las masas malignas ováricas o tubáricas y la endometriosis (Kurt et al, 2003, pág. 12).

Falsos negativos de embarazo ectópico: Equipo ecográfico técnicamente inadecuado, la falta de experiencia o la falta de colaboración de la paciente.

Se han descrito cuatro posibilidades basadas en los valores cuantitativos de fracción beta de la gonadotropina coriónica (B-HCG) combinada con los resultados obtenidos por ecografía vaginal.

- i. Cuando el valor de beta-HCG es superior a 6 000 μ /ml y el saco gestacional intrauterino se observa mediante ecografía, el embarazo normal es prácticamente indudable con excepción del caso infrecuente de embarazo heterotópico.
 - ii. Cuando el valor de beta-HCG es superior a 6 000 μ /ml y la cavidad está vacía, es muy probable el embarazo ectópico.
 - iii. Cuando el valor de beta-HCG es inferior a 6 000 μ /ml y se observa una imagen intrauterina definida de embarazo, entonces es probable el aborto espontáneo en ese momento o después, aunque no se descarta del todo un embarazo ectópico.
 - iv. Cuando el valor de beta-HCG es inferior a 6 000 μ /ml y el útero está vacío, no puede establecerse un diagnóstico definitivo, en este caso la presencia de fracción de HCG en plasma puede identificar un embarazo a partir de los ocho días de ocurrida la fecundación. No obstante, un saco gestacional intraútero no puede identificarse ni siquiera mediante ecografía vaginal hasta 28 días después de la concepción .En este período de 20 días una determinación sérica de progesterona puede ser útil.
- V. Culdocentesis: es importante que se realice correctamente la punción del fondo de saco de Douglas para evitar los falsos positivos, así como los falsos negativos, la punción no debe dejar lugar a dudas, si se sospecha una punción vaginal con resultado falso negativo se debe hacer punciones abdominales en las fosas ilíacas para dejar bien establecido que no exista hemoperitoneo. La causa más frecuente de falsos negativos es el empleo de agujas finas, aunque ha sucedido también en pacientes con el espacio de Douglas obliterado por salpingitis o peritonitis previas. La obtención de líquido que contiene fragmentos de



coágulos viejos líquido hemático que posteriormente no coagula, es compatible con el diagnóstico de hemoperitoneo debido a embarazo ectópico. En la paciente inestable hemodinámicamente es el método de elección.

- VI. Laparoscopia: el diagnóstico es sencillo y se basa en la observación de la trompa que aparece dilatada, de color azulado o rojo oscuro, amorcillada y más o menos visible de acuerdo con la localización y el tiempo de evolución. Aunque es importante señalar que en ocasiones resulta difícil la identificación de un embarazo tubárico temprano no roto aunque se observe completamente la trompa.

Las ventajas de la laparoscopia diagnóstica incluyen:

- a) Diagnóstico definitivo.
 - b) Vía concurrente para retirar una masa ectópica mediante laparoscopia operatoria.
 - c) Vía directa para inyectar quimioterápicos en la masa ectópica.
- VII. Laparotomía: si persiste cualquier duda debe realizarse la laparotomía puesto que una operación injustificada es mucho menos grave que un resultado fatal debido a indecisión o retraso (Santamaría Esther et al, 2005, pág. 6).

Localizaciones menos frecuentes:

- i. Embarazo ectópico cornual.

El embarazo cornual es una entidad rara, del 2 a 4 % de todos los embarazos ectópicos. Este cuadro, aunque raro, es de gran importancia debido a la alta morbilidad y mortalidad materna que provoca, esto se debe principalmente a la gran distensión y ulterior ruptura de la zona en embarazos con edad gestacional avanzada, por lo general llegan hasta las semana 12 a 16. Como este sitio cuenta con gran vascularización por ser el lugar de unión de los vasos uterinos y ováricos, la ruptura suele provocar descompensación hemodinámica importante. El saco gestacional está protegido en esta localización y por esto los síntomas no se manifiestan en un embarazo temprano, sino cuando ya cuentan con mayor edad. La dificultad diagnóstica que presenta este embarazo hace que el pronóstico sea más sombrío.



Además de los síntomas y signos clínicos los criterios ultrasonográficos para embarazo cornual son:

- a) Una cavidad uterina vacía.
- b) Un saco gestacional más allá de un centímetro del lateral de la cavidad uterina.
- c) Un halo de tejido miometrial que no rodea completamente al saco gestacional.

Estos hallazgos sonográficos deberán estar acompañados de una subunidad beta, la cual corrobore la presencia del embarazo.

ii. Embarazo heterotópico.

Para este tipo de embarazo también llamado combinado se ha planteado una frecuencia de 1: 30 000 gestaciones cuando ocurre en forma espontánea. Con la utilización de clomifeno y otros agentes inductores de la ovulación la incidencia va en aumento y existe un embarazo combinado por cada 100 pacientes estimuladas. Existen algunos factores de riesgo para presentar embarazo heterotópico después de emplear técnicas de reproducción asistida. El solo uso de inductores de la ovulación constituye un franco factor predisponente. La transferencia intratubaria de gametos en una paciente con lesión sutil de la trompa uterina puede ser el origen de esta complicación entre otras.

iii. Embarazo cervical.

Ocupa el 0,1 % de todos los embarazos ectópicos. A semeja al aborto en evolución por la magnitud del sangrado, así como por el dolor a tipo cólico en hipogastrio y se asocia con una mortalidad que va de 20-60 %.

Existen criterios clínicos, ultrasonográficos e histopatológicos para confirmar el diagnóstico.

- a) Criterios clínicos:
- b) Orificio cervical interno cerrado.
- c) Orificio cervical externo parcialmente abierto.
- d) Productos de la concepción confinado al cérvix y fuertemente unidos a éste.



- e) Sangrado posterior a amenorrea.
- f) Reblandecimiento y agrandamiento del cérvix con una dimensión igual o mayor que el fondo uterino (útero en reloj de arena).

Criterios ultrasonográficos:

- a) Ecogenicidad intrauterina difusa y amorfa.
- b) Ausencia de embarazo intrauterino.
- c) Crecimiento del cérvix.

Criterios histopatológicos:

- a) Presencia de glándulas cervicales en el sitio de implantación de la placenta.
- b) El sitio de implantación de la placenta al cérvix debe estar por debajo de los vasos uterinos o debajo del repliegue peritoneal de la superficie anterior y posterior del útero.
- c) Ausencia de elementos fetales en el cuerpo uterino.
- d) Unión estrecha de la placenta al cérvix (US National Library of Medicine, 2008).

iv. Embarazo ectópico bilateral.

Es un embarazo de frecuencia sumamente rara, aparece 1: 1 250 a 1: 1 580 del total de embarazos ectópicos. Éste se ha informado en mujeres con ciclos menstruales espontáneos, postcirugía tubárica, con hiperestimulación ovárica y en ciclos de reproducción asistida de transferencia intratubárica de gametos, en fertilización in vitro y transferencia de embriones.

En la práctica los hallazgos clínicos de embarazo ectópico bilateral requieren un alto grado de sospecha ya que los datos de exploración física con frecuencia no corresponden al grado de daño observado en los estudios endoscópicos, es casi siempre un hallazgo transquirúrgico; en primer término porque el cuadro no se sospecha y en segundo porque los elementos usados rutinariamente (ultrasonografía y fracción beta de gonadotropina coriónica) para detectar ectópico han sido solo validados para cuadros unilaterales. Por tal motivo el diagnóstico definitivo requiere la evaluación transoperatoria de ambas trompas, antes de determinar la técnica quirúrgica a emplear. El



diagnóstico definitivo de embarazo ectópico bilateral requiere comprobar con histopatología las vellosidades coriónicas en ambas trompas.

v. Embarazo abdominal.

A diferencia de otros embarazos ectópicos, en esta presentación el feto puede llegar a estadios de viabilidad, aunque esto suceda solo en alrededor del 10 % de las afectadas. El crecimiento intrauterino retardado se presenta entre el 75 al 90 % de éstos y las malformaciones congénitas entre 33 y 50 %.

Sus síntomas incluyen diferentes trastornos gastrointestinales, habitualmente no muy severos y al final del embarazo los movimientos fetales causan dolor. Al dar masaje al saco gestacional no se presentan contracciones uterinas ni tampoco al administrar oxitócicos. El diagnóstico puede hacerse con radiografías laterales al demostrarse partes fetales posteriores a la columna lumbar materna. Por sonografía se encuentra el útero vacío y al feto en el abdomen. En casos de dudas se han utilizado tomografía axial computarizada (T.A.C) y resonancia magnética nuclear (R.M.N) para mayor precisión diagnóstica (Valera Carlos et al, 2013, pág. 12).

- Manejo.

- I. Manejo expectante: la resolución espontánea del embarazo ectópico ocurre en el 44-69%, se indica en mujeres hemodinámicamente estables, con tasas iniciales de beta-HCG menores a 3,000 mU/ml y evidencia de disminución superior al 50% del valor inicial de beta-HCG en 48 horas. Dicha resolución se documenta en pacientes con correcta identificación de los criterios de selección además del seguimiento sérico a la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana a valores inferiores a las 5 mU/ml.
- II. Tratamiento médico: se basa en el uso del metotrexato, cuyo efecto es interferir en la síntesis de ADN del trofoblasto para la detención del crecimiento y lograr la resolución del embarazo ectópico, está indicado en las siguientes situaciones:
 - a) Mujer sana, hemodinámicamente estable.
 - b) Garantía de cumplimiento del tratamiento.



- c) Embarazo ectópico conservado.
 - d) Diámetro máximo del huevo no superior a 4 cm.
 - e) B-HCG inferior a 3,000 mU/ml.
 - f) Consentimiento informado.
- III. Tratamiento quirúrgico: dependerá del estado hemodinámico de la paciente, deseos de fertilidad y disponibilidad de recursos médicos disponibles, se indica en las siguientes situaciones:
- a) Embarazo ectópico roto.
 - b) B-HCG mayores a 3,000 mU/ml
 - c) Masa anexial mayor a 4 cm y/o hemoperitoneo mayor a 50-100 cc.
 - d) Imposibilidad de control ambulatorio.
 - e) Contraindicación al tratamiento médico (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018, pág. 61).
- Complicaciones
 - I. Hemorragia y shock hipovolémico.
 - II. Lesión de órganos vecinos durante el procedimiento quirúrgico de emergencia.
 - III. Infertilidad secundaria.
 - IV. Falla multiorgánica.
 - V. Complicaciones derivadas de la cirugía de emergencia, como las complicaciones anestésicas o infección del sitio quirúrgico, entre otras (National Library of Medicine, 2007, pág. 12).
5. Embarazo molar.

La enfermedad trofoblástica gestacional consta de seis entidades clínico-patológicas distintas: mola hidatidiforme completa, mola hidatidiforme parcial, mola invasiva, coriocarcinoma, tumores



trofoblásticos de localización placentaria y tumores trofoblásticos epitelioides. Estos tumores abarcan menos del 1% de los tumores ginecológicos y todos producen gonadotropina coriónica humana, que se puede utilizar como marcador tumoral para el diagnóstico, el monitoreo de los efectos de la terapia y el seguimiento para la detección de la recaída. El término neoplasia trofoblástica gestacional se ha aplicado colectivamente para lo que es: mola invasiva, coriocarcinoma, tumores trofoblásticos de localización placentaria y tumores trofoblásticoepitelioides (Cunningham, 2015, pág. 2112).

De la información con la que se cuenta en la actualidad, se reporta una amplia variación regional en la incidencia de mola hidatidiforme, siendo esta la enfermedad trofoblástica más prevalente, estimaciones de estudios demuestran que Norte América, Australia, Nueva Zelanda y Europa han mostrado una incidencia de mola hidatidiforme en un rango de 0.57-1.1 por cada 1000 embarazos, mientras que estudios en el sureste de Asia y Japón sugieren una incidencia tan alta como 2.0 por cada 1000 embarazos (Durón González, 2018, pág. 9).

Respecto a las tasas de incidencia del coriocarcinoma son limitadas debido a la rareza del mismo y la dificultad en la distinción clínica entre el coriocarcinoma y la mola invasiva. En Europa y Norteamérica, el coriocarcinoma afecta aproximadamente a 1 de cada 40000 embarazos y 1 de 40 molas hidatidiformes, mientras que en el Sureste de Asia y Japón las tasas de coriocarcinoma son mayores, de 9.2 y 3.3 por cada 40000 embarazos, respectivamente. Las tasas de incidencia de la mola hidatidiforme y el coriocarcinoma han disminuido en los últimos 30 años en todas las poblaciones (Alberta Health Services, 2012).

- Mola Hidatidiforme

Resulta del crecimiento atípico de las células trofoblásticas que normalmente se desarrollan en la placenta, empieza al momento de la fertilización debido a una unión defectuosa entre el óvulo y el espermatozoide, lo que causa una proliferación aberrante del tejido trofoblástico que rápidamente llena la cavidad uterina. Las vellosidades placentarias se llenan de fluido y se vuelven edematosas,



como estructuras similares a uvas. El nombre de mola hidatidiforme es derivado de la combinación de la palabra griega *hydatisia* lo que significa gotas de agua y la palabra latina *mola* que significa falsa concepción.

- Tipos de Embarazo Molar

Un embarazo molar se clasifica como mola completa o mola parcial. La mola completa ocurre cuando un espermatozoide haploide fertiliza un óvulo vacío. Como resultado, el material genético del espermatozoide se replica a sí mismo, el tejido resultante es de origen completamente paternal, usualmente con un cariotipo 46XX. Las características incluyen una hiperplasia generalizada y edema del tejido trofoblástico, con una marcada atipia del tejido trofoblástico en el sitio de implantación. No hay tejido fetal identificable en la mola completa.

La mola parcial es el resultado de la fertilización entre un óvulo normal y dos espermatozoides. El componente genético del tejido contiene material cromosómico tanto materno como paterno, pero la replicación de las células resulta en un cariotipo triploide, usualmente 69XXY. El tejido trofoblástico tiene únicamente áreas difusas de hiperplasia trofoblástica y edema, con una atipia leve de las células trofoblásticas en el sitio de implantación, tiene tejido fetal identificable asociado; sin embargo, el feto que se desarrolla no es viable y exhibe anomalías congénitas asociadas con la triploidía.

- Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Este tipo de neoplasia engloba un grupo de enfermedades relacionadas que se desarrollan de la proliferación anormal del tejido trofoblástico. Estas condiciones pueden ocurrir después de un embarazo molar o normal y es caracterizada por el tejido trofoblástico que invade el miometrio, y que tiene el potencial para entrar en los vasos sanguíneos uterinos y metastatizar a otras áreas del cuerpo (National Library of Medicine, 2004, pág. 12).

Factores de riesgo.



La edad materna parece ser el mayor riesgo para el desarrollo de mola hidatidiforme, especialmente para embarazos de mola completa. Las mujeres en ambos extremos del espectro de edad reproductiva son las más vulnerables. Aquellas con una edad menor a 16 años tienen seis veces más riesgo de mola hidatidiforme que aquellas con una edad entre 16 y 40 años, las mujeres mayores de 40 años tienen de 5-10 veces mayor riesgo, y aquellas mayores de 50 años tienen una posibilidad de 1 en 3 de tener un embarazo molar. Otro factor de riesgo identificado es la historia de un embarazo molar previo, lo cual confiere un 1.8% de aumento en el riesgo que es cerca de 20 veces más que el riesgo en la población general (Seckl, 2010, pág. 6).

Otros factores que también aumentan el riesgo de padecer este cuadro son los antecedentes de abortos previos (25%), embarazo previo de término (20%), embarazo ectópico previo (5%), factores genéticos como la mola hidatiforme recurrente familiar, un defecto cromosómico recesivo asociado en el cromosoma 19q (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018, pág. 80).

- Presentación clínica del embarazo molar

Debido al uso rutinario del ultrasonido y medición de B-HCG, las pacientes con mola hidatiforme completa, generalmente se diagnostican tempranamente y son usualmente asintomáticas al momento del diagnóstico. Los síntomas que se presentan normalmente incluyen: sangrado vaginal, usualmente entre las semanas 6-16 de gestación (46%), un tamaño uterino grande para la fecha (24%) e hiperémesis (14%). Las complicaciones posteriores tradicionalmente reportadas en el embarazo molar como la anemia, preeclampsia hipertiroidismo y distrés respiratorio son raras actualmente.

Las pacientes con mola hidatiforme parcial tienen menos probabilidades de ser diagnosticadas antes de la evacuación uterina y el diagnóstico es usualmente hecho con el análisis histológico de las muestras del legrado luego de un aborto incompleto. Al igual que con las molas completas, la mayoría de pacientes con molas parciales (75%) se presentan con sangrado vaginal pero más tardíamente que en el caso de las molas completas.

Las molas hidatidiformes completas se asocian comúnmente con niveles marcadamente elevados de gonadotropina coriónica humana. Aproximadamente 50% de las pacientes con mola completa



tienen niveles de hCG pre evacuación mayores a 100 000 mU/ml. Por otro lado, esos niveles elevados de hCG ocurren en menos del 10% de las pacientes con mola parcial (Parker, 2017, pág. 18).

- Neoplasia trofoblástica gestacional.

Es usualmente diagnosticada con la vigilancia de B-HCG en pacientes asintomáticas, sin embargo, algunas pacientes se presentan con sangrado irregular después de la evacuación de un embarazo molar. Tras la evacuación de la mola, los niveles de B-HCG deberían disminuir y a estos niveles se les debe de dar seguimiento para confirmar así el tratamiento exitoso. Pacientes en las que los niveles de B-HCG fallan en la normalización deben ser evaluadas por neoplasia trofoblástica gestacional, particularmente porque es usual que sean asintomáticas. Las pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional no molar pueden presentarse con sangrado uterino anormal meses o años después del parto. Los niveles de B-HCG están usualmente elevados en el coriocarcinoma. Las pacientes también se pueden presentar con síntomas relacionados con metástasis distante: metástasis en cerebro pueden asociar cefalea, convulsiones y hemiplejía; metástasis pulmonares asocian disnea, tos y dolor torácico (Berek & Hacker, 2010, pág. 28).

- Diagnóstico

I. Del embarazo molar

Un análisis en suero para B-HCG es una prueba diagnóstica que puede ser útil en la identificación de un embarazo molar. Sin embargo, el uso de los niveles de B-HCG como un indicador específico del embarazo molar es limitado ya que estos niveles en mujeres con mola parcial rara vez se elevan por encima de los valores normales del embarazo. La ecografía es un estándar de atención en la evaluación del sangrado precoz del embarazo y un método no invasivo de diagnóstico de un embarazo molar. Al inicio de la gestación, es probable que el ultrasonido muestre una masa endometrial ecogénica tanto para embarazos molares completos como parciales.

Las molas completas precoces pueden ser sutiles en sus características morfológicas y pueden diagnosticarse erróneamente como una mola parcial o un aborto hidrópico no molar. Con una



pérdida temprana del embarazo, los productos de la concepción deben enviarse a patología para una evaluación más exhaustiva, un examen histológico es crucial para determinar las características morfológicas específicas del tipo de mola. La evaluación genética también puede ser necesaria para distinguir entre una mola completa o parcial, ya que la completa se diagnosticará cuando no haya un componente genético materno (Clinical Gynecologic Oncology, 2015).

II. De la neoplasia trofoblástica gestacional

Una variedad de criterios de B-HCG se han utilizado para diagnosticar la neoplasia trofoblástica gestacional los más aceptados son:

- i. Niveles de B-HCG que incrementen o se mantengan en meseta con fluctuaciones de +/- 10% en cuatro mediciones en los días 1, 7, 14, 21 postevacuación.
 - ii. Niveles de B-HCG que incrementen más del 10% en tres mediciones en los días 1, 7y 14 postevacuación.
 - iii. Niveles de B-HCG que persistan detectables hasta 6 meses postevacuación (Pierre et al, 2015, pág. 54).
- Seguimiento.

Una vez realizado el diagnóstico, el seguimiento adecuado debe incluir:

- I. Historia clínica, examen físico, nivel basal de B-HCG cuantitativo en suero (pretratamiento), hemograma completo, pruebas de función hepática y renal.
- II. Revisión de todas las muestras patológicas disponibles.
- III. Ecografía pélvica para detectar el alcance y la naturaleza de la afectación uterina, para ayudar a identificar pacientes que se beneficiarían de una histerectomía.
- IV. Radiografía de tórax para determinar la presencia de metástasis pulmonares. Si la radiografía de tórax es negativa, se puede obtener una tomografía computarizada (TC) del tórax ya que aproximadamente el 40% de los pacientes con radiografías de tórax negativas tienen lesiones metastásicas en la TAC.



- V. Resonancia magnética del cerebro y TC abdomino-pélvica, para identificar lesiones en cerebro, hígado y otros órganos abdominales. Si la radiografía o TC de tórax indican la presencia de metástasis pulmonares.
- VI. Repetir el legrado después de la evacuación molar no está indicado a menos que exista un sangrado uterino excesivo asociado con tejido molar retenido.
- VII. La proporción de H-CCG cerebroespinal/plasma a veces se usa para confirmar compromiso cerebral.
- VIII. Imágenes adicionales como la tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) puede ser útil para identificar con precisión sitios de enfermedad metabólicamente activa o metástasis viables y para ayudar a determinar el potencial de reseccabilidad del tumor (Garner, 2011).

- Complicaciones

- I. Hemorragia/shock hipovolémico.
 - II. Infección/shock séptico.
 - III. Embolización pulmonar trofoblástica.
 - IV. Secundario a procedimiento quirúrgico, lesiones de órganos vecinos (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018, pág. 90).
6. Shock hemorrágico de origen obstétrico.

El choque hemorrágico de origen obstétrico es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen circulatorio, con incapacidad cardiorrespiratoria, hipoxemia que no supe las necesidades fisiológicas de oxígeno, conllevando a daño tisular por anoxia, y por lo tanto, incapacidad para llevarse a cabo las funciones celulares. Secundario a dicho cuadro, se desarrolla una hemorragia crítica o masiva que se define como:

- I. Pérdida del volumen sanguíneo total en un período de 24 horas.
- II. Pérdida hemática a un ritmo de 150 cc/minuto.
- III. Pérdida del 50% del volumen de sangre en 3 horas.
- IV. Pérdida continua de sangre de 1.5 ml/kg/min.



- V. Rápida pérdida de sangre que conduce a insuficiencia circulatoria (Carrillo & Peña, 2015, pág. 4).

Para el diagnóstico de este cuadro se toman en cuenta parámetros clínicos que sirven, a su vez, para clasificar la severidad del mismo y que es fundamental para el manejo, a saber: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, diuresis, estado mental, pérdida sanguínea estimada o calculada. A partir de estos datos se valora el shock en grados:

- I. Choque compensado, clase I.
- II. Choque leve, clase II.
- III. Choque moderado, clase III.
- IV. Choque severo, clase IV (Malvino, 2010).

Cuando se trata a una paciente con este tipo de shock se fijan metas terapéuticas de cuyo éxito depende en gran medida la sobrevivencia de la paciente, ellos son:

- I. Presión sistólica mayor a 90 mmHg.
- II. Presión arterial media de 55-65 mmHg.
- III. Diuresis mayor a 0.5 ml/kg/h.
- IV. Temperatura corporal mayor a 37° C.
- V. Mantener el estado de consciencia.
- VI. Controlar la fuente de hemorragia del órgano afectado.
- VII. Corregir la coagulopatía si está presente (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018, pág. 333).

Los pasos en el manejo de este shock son:

- I. Activación del código rojo de atención médica.
- II. Conducta de entrada en el minuto cero: suplemento de oxígeno, obtención de acceso venoso periférico y toma de muestras para exámenes de laboratorio.



- III. Resucitación hídrica para obtener las metas terapéuticas (pudiendo utilizarse a ritmo de 20-30 ml/kg de peso), toma de signos vitales cada 15 min, considerar el uso de colocar catéter venoso central y de no haber respuesta satisfactoria el uso de aminas vasopresoras.
 - IV. Corrección de la alteración del transporte de oxígeno con mediciones del lactato y déficit de base.
 - V. Uso de hemocomponentes y hemoderivados en caso de ser necesario y guiado por metas:
 - i. Hematocrito mayor o igual a 21%.
 - ii. Hemoglobina mayor de 7 g/dL.
 - iii. Plaquetas mayores a 50, 000 UI.
 - iv. TP y TPT menor a 1.5 del tiempo de control.
 - v. Lactato menor a 2 mmol/L.
 - vi. Fibrinógeno mayor a 150 mg/dL.
 - VI. Control de la fuente de hemorragia: mediante técnicas manuales y/o quirúrgicas (incluso hasta llegar a la cirugía de control de daño).
 - VII. Evitar la hipotermia.
 - VIII. Dar seguimiento y vigilancia tras la estabilización de la paciente (Ministerio de Salud Nicaragua, 2018, págs. 333-336).
- Complicaciones del shock hemorrágico.
 - I. Coagulación intravascular diseminada.
 - II. Falla renal.
 - III. Falla hepática.
 - IV. Falla cardíaca.
 - V. Síndrome de distrés respiratorio del adulto.
 - VI. Hipopituitarismo.
 - VII. Reacciones secundarias a la transfusión masiva.



- VIII. Muerte materna.
 - IX. Complicaciones secundarias al manejo quirúrgico: lesión de órganos vecinos, infección del sitio quirúrgico, entre otras.
 - X. Infecciones asociadas a los cuidados de salud (Malvino, 2010).
7. Transfusión masiva.

Se define por:

- I. Uso mayor o igual de 10 paquetes globulares en 24 horas (tradicional).
- II. Uso mayor o igual de 10 paquetes globulares en 6 horas (moderna).
- III. Uso mayor o igual de 1 paquete globular en 2 horas y mayor o igual a 5 paquetes globulares o muerte en 4 h en casos de hemorragia sustancial.
- IV. Uso mayor o igual de 3 paquetes globulares durante 1 hora dentro de las primeras 24 horas del evento clínico (Carrillo & Peña, 2015).

1.1 Marco legal

Existe un soporte jurídico que protege y vela por los derechos de todos los nicaragüenses, el cual se basa en la Constitución Política de Nicaragua a través de la Ley General de Salud:

Constitución política de Nicaragua.

Art 23.Inviolabilidad del derecho a la vida El derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana. En Nicaragua no hay pena de muerte (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA, 2008, p. 9).

Art 74.Protección al proceso de reproducción humana El Estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana. La mujer tendrá protección especial durante el embarazo y gozará de licencia con remuneración salarial y prestaciones adecuadas de seguridad social. (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA, 2008, p. 19).

Ley No 423. Ley General de Salud

Artículo 8. Derechos de los Usuarios



Inciso 2: Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratitud de los servicios de salud pública a la población vulnerable. Para efectos de la presente Ley, son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano. También son vulnerables grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

Inciso 3: Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios integrales de emergencias, de hospitalización y en los servicios ambulatorios, medios de diagnósticos, medicamentos y biológicos, disponibles en el territorio nacional conforme las listas básicas definidas por el Ministerio de Salud.

Artículo 32. De la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia

Sección II: establece que la atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud. Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva (Ley General de Salud, 2002).



1.2 Hipótesis

Hipótesis Nula

H₀: la hemorragia del primer trimestre del embarazo no se relaciona con el desarrollo de complicaciones maternas.

Hipótesis Alternativa

H_A: la hemorragia del primer trimestre del embarazo cursa con cuadro clínico que llevan a complicaciones maternas de leves a severas.



Capítulo 3: diseño metodológico

1.1 Tipo de estudio

Enfoque de la investigación.

Es cuantitativo ya que permite reconocer y analizar, a partir de información real y objetiva descrita en el expediente clínico, la cantidad de pacientes que presentaron hemorragia durante el primer trimestre del embarazo y que ameritaron manejo hospitalario.

El enfoque cuantitativo “se fundamenta en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado” (Sampieri, Fernández & Baptista 2014, p. 823).

El tipo de estudio es descriptivo, ya que consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos. Con los estudios descriptivos se busca especificar condiciones relacionadas con la salud y sus variaciones según características individuales, sociales, geográficas y temporales, de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández S., 2014, pág. 92). En el presente, se describen las variables relacionadas al contexto clínico y epidemiológico de las pacientes.

Por su temporalidad es de corte transversal “se refiere al abordaje del fenómeno en un momento o periodo de tiempo determinado”. Por esta razón, este trabajo es un estudio de corte transversal, porque se realizó en periodo de tiempo de enero a diciembre del año 2019 (Hernández S., 2014, pág. 154).

Según análisis, se trata de un estudio transversal porque permite hacer asociaciones entre de las variables de interés que engloban el manejo con la evolución clínica de los pacientes en estudio.

Estudio retrospectivo porque se analizan datos de un periodo anterior al momento en el que se recopila la información (2019), estos se obtuvieron de expedientes clínicos a través del instrumento de recolección de datos.



3.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Escuela Asunción Juigalpa, fundado en 1972, localizado en el kilómetro 139 Carrera Juigalpa-Rama en barrio Héctor Ugarte, de la ciudad de Juigalpa, Chontales, Nicaragua.

3.3 Población o universo

El universo está pacientes con cuadro de hemorragia del primer trimestre del embarazo que fueron atendidas en el hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa.

Para Sampieri, Fernández & Baptista (2014), “Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” p.174.

3.4 Muestra.

La muestra se calcula por medio del sistema OpenEpi versión 3, este sistema utiliza para el cálculo de la muestra la siguiente formula:

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$$

Ilustración n° 1. Tamaño de la muestra.

Inicio	Introducir datos	Resultados	Ejemplos	Ayuda
--------	------------------	------------	----------	-------

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 913
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 95% +/- 5
 Límites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	68
80%	31
90%	49
97%	82
99%	111
99.9%	169
99.99%	219

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Fuente: calculadora OpenEpi

Obteniendo el tamaño de la muestra: 68 pacientes, con un intervalo de confianza del 95% con un margen de error 5%.



La muestra es un “subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población” Sampieri, Fernández & Baptista (2014, p.173).

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis se le denomina “también casos o elementos y aquí el interés se centra en “qué o quiénes”, es decir, en los participantes, objetos, sucesos o comunidades de estudio (las unidades de análisis), lo cual depende del planteamiento de la investigación y de los alcances del estudio.” Sampieri, Fernández & Baptista (2014) p.172.

Son todos los expedientes de pacientes embarazadas que fueron atendidas por hemorragia durante el primer trimestre de gestación en Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa.

3.6 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es probabilístico ya que se realizó una selección aleatoria de los expedientes clínicos de las pacientes en estudio a través de un muestreo aleatorio simple, donde se asignó un número a cada expediente, se definió la muestra y se procedió a seleccionar al azar los expedientes a incluirse en el estudio.

“Subgrupo de la población en el que todos los elementos de ésta tienen la misma posibilidad de ser elegidos” Sampieri, Fernández & Baptista (2014) p. 190.

3.7 Criterios de inclusión

- Pacientes con cuadro de hemorragia durante el primer trimestre de embarazo y que haya acudido a la unidad como motivo de ingreso.
- Atendidas en el hospital de estudio ya sea que la paciente sea referida de otra unidad de salud o haya acudido por demanda espontánea.
- Evento obstétrico que haya ocurrido durante el año 2019.
- Expediente completo y letra legible.

3.8 Criterios de exclusión

- Cuadro de hemorragia que haya ocurrido en el segundo o tercer trimestre de embarazo.



- Pacientes que no fueron atendidas con dicho cuadro clínico en el tiempo de estudio ni en la unidad de salud.
- Pacientes que presentaron alguna de las formas clínicas que pueden originar sangrado del primer trimestre pero que al momento del ingreso no presentaron hemorragia.
- Paciente con expediente clínico incompleto o letra no legible.

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Fuente de información es secundaria: expedientes clínicos de las pacientes que estuvieron ingresadas en el servicio de obstetricia durante el periodo de estudio y que correspondían al tema de interés que se encontraban archivados en el área de estadística del Hospital Regional Asunción Juigalpa con posterior revisión de los mismos.

3.10 Ficha de recolección de datos

Se utilizó como instrumento de recolección la ficha de registro de datos, el cual consta de dos partes según las variables establecidas en los objetivos propuestos, el método es el análisis documental, el cual es de elección para la recolección de datos de fuentes secundarias (expedientes clínicos).

Dicho instrumento fue revisado por tres ginecólogos independientes de la unidad de salud de estudio que realizaron la revisión de variables establecidas con recomendaciones acorde al tema. En dicha revisión de instrumento se eliminaron dos variables que se consideraron que no eran acorde a los objetivos, se eliminaron escalas innecesarias de tres variables y se reorientaron los objetivos con respecto a los que inicialmente se habían planteado como borrador (ver en anexo la certificación validada).

3.11 Tipos de variables

Variables independientes

Las variables se definen como “Fenómeno a la que se le va a evaluar su capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables y tienen las características o propiedades que son la causa del fenómeno y estas no dependen de algo para estar allí”, Wigodski, (2010).



1. Edad.
2. Tipo de residencia.
3. Estado civil.
4. Escolaridad.
5. Antecedentes personales patológicos.
6. Antecedentes personales no patológicos.
7. Antecedentes ginecoobstétricos:
 - 8.1 Gestas
 - 8.2 Abortos.

Variables dependientes

Son los cambios o efectos ocurridos a consecuencia de las variables independientes. “define variables dependientes a los efectos”. Sampieri, Fernández & Baptista (2014), p. 101.

1. Atenciones prenatales.
2. Tipo de ingreso a unidad hospitalaria.
3. Causa de hemorragia.
4. Aborto: forma clínica.
5. Condición clínica de ingreso hospitalario.
6. Edad gestacional al ingreso hospitalario.
7. Tipo de manejo indicado.
8. Ameritó transfusión sanguínea masiva.
9. Grado de shock hipovolémico.
10. Hubo complicaciones asociadas a la transfusión sanguínea masiva.
11. Ameritó transfusión sanguínea de manera no masiva.
12. Complicación presentada.
13. Necesidad de ingreso a UCI.
14. Necesidad de entubación orotraqueal.
15. Días de estancia hospitalaria.
16. Condición de egreso materno



3.12 Validación del Instrumento

En el estudio que se analiza, cabe la importancia de poder valorar las variables una vez que se ha recolectado la información con ayuda del instrumento de recolección de información, dicho material ha de contar con ciertas características que le den relevancia y confianza para el momento del análisis. La calidad de una investigación depende, en primera instancia, de la capacidad del investigador de dotar a los instrumentos de medida de las dos cualidades esenciales: validez y fiabilidad.

Se trata de:

Validez: “en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir (Hernández S., 2014, pág. 206).

Confiabilidad: “se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales” (Hernández S., 2014, pág. 200)

Objetividad: “se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan.”

Primera etapa: Prueba piloto

Mediante la realización de una prueba piloto. De acuerdo con Gall y Borg (2003), una prueba piloto consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva), cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial y de ser posible, la validez del instrumento”.

En el desarrollo del pilotaje se escogen 20 elementos que no estaban dentro de la población en estudio y que cumplen con las mismas características de la población en estudio, posteriormente se procede a llenar la base de datos y realizar el análisis de la fiabilidad.

Segunda etapa: Validación.

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cron Bach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. Se aplica el método alfa de Cron Bach como medida de la



fiabilidad de la consistencia interna del instrumento de recolección de datos a través del programa SPSS versión 21.

Valores de alfa:

Los resultados de esta forma de validación indicaron el estadístico de fiabilidad con un valor de 0.825, lo cual manifiesta que el instrumento es más que aceptable (bueno).

Ilustración 2. Validación y fiabilidad del instrumento

Scale: Validación de instrumento: hemorragia de primer trimestre de embarazo

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.825	24

Fuente: SPSS 21

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (1998), "la validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir" (p. 243).

Así también Tamayo y Tamayo (1998) consideran que: "validar es determinar cualitativa y/o cuantitativamente un dato" (p. 224).

Con base a lo anterior, encaminados por conseguir el grado de certeza de que el cuestionario diseñado mediría lo que se pretende, y procurando asegurar que esto fuera efectivo para las veces que este se aplicara, se desarrolló el siguiente proceso:

3.13 Obtención de la información

Se realizará revisión de los expedientes clínicos archivados en el área de estadística de pacientes que estuvieron ingresadas en el servicio de ginecoobstetricia durante el período de estudio, se utilizara ficha elaborada y validada para los datos de interés.



3.14 Procesamiento y análisis

Para la recolección de datos, basados en los objetivos y variables, se utilizaron 68 expedientes médicos, de pacientes que ingresaron al servicio de obstetricia del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa con cuadros de hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

Una vez obtenidos los datos se ingresaran a la base de datos en el programa SPSS versión 21 SPSS (del inglés Statistical Package for Social Sciences) que significa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales la Universidad de Chicago lo consideraron al SPSS como una importante propiedad intelectual se describe como “el software estadístico líder mundial para empresas, gobierno, organizaciones de investigación y académicas”. Así como “un conjunto de datos y herramientas de análisis predictivo fácil de utilizar para usuarios empresariales, analistas y programadores estadísticos” Méndez & Cuevas (2014).

Para el tratamiento de los datos se realiza el uso de la estadística descriptiva que consta de tablas de frecuencia y correlaciones dentro del mismo programa SPSS v. 21, en el que se elaboraron tablas, gráficas de pastel o barra para realizar el análisis de los resultados finalmente en Microsoft Word 2013.

En este apartado se analizaron las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes que presentaron cuadro de hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

Para la prueba de hipótesis se utilizó el método estadístico Chi cuadrado de Pearson donde $P \leq 0.05$ para probar la hipótesis alternativa y rechazar la nula “Es una prueba estadística para evaluar acerca de la relación entre dos variables categóricas”

Se simboliza: χ^2

Hipótesis a probar: correlacionales.

Variables involucradas: dos, la prueba Chi cuadrada no considera relaciones causales.

Nivel de medición de las variables: nominal u ordinal (o intervalos o razón reducidos a ordinales).



Procedimiento: se calcula por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es un cuadro de dos dimensiones, y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías, Hernández, Fernández & Baptista (2006), p. 369.

Ilustración 3: fórmula de Chi Cuadrado

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

f_o : Frecuencia del valor observado.
 f_e : Frecuencia del valor esperado.

Fuente: prueba de Cuadrado (2011)

Chi
p. 10-

Pasos para realizar la prueba de Chi Cuadrado:

1. Realizar una conjetura.
2. Escribir la hipótesis nula y alternativa.
3. Calcular el valor X^2_{calc} .
4. Determinar el valor p y el grado de libertad
5. Obtener el valor crítico.
6. Realizar una comparación entre el Chi cuadrado calculado y el valor crítico.
7. Interpretar la comparación.

Hipótesis General

Se caracteriza por intentar solucionar de manera extensa cierta incógnita del investigador, Raffino, (2019). De esta manera surge la siguiente hipótesis:

“Las pacientes que cursan con hemorragia en el primer trimestre del embarazo presentan complicaciones maternas y fetales.”

Hipótesis Nula



H₀: la hemorragia del primer trimestre del embarazo no se relaciona con el desarrollo de complicaciones maternas.

Hipótesis Alternativa

HA: la hemorragia del primer trimestre del embarazo cursa con cuadro clínico que llevan a complicaciones maternas de leves a severas.

Cruce de variables.

1. Causa de hemorragia/edad gestacional al ingreso hospitalario.
2. Causa de hemorragia/tipo de manejo indicado.
3. Causa de hemorragia/complicación presentada.
4. Causa de hemorragia/condición de egreso materno.
5. Causa de hemorragia/grado de shock hipovolémico.
6. Condición clínica de ingreso hospitalario/condición de egreso materno.
7. Complicación presentada/condición de egreso materno.
8. Forma clínica de aborto/complicación presentada.
9. Forma clínica de aborto/condición de egreso materno.

3.15 Operacionalización de variables

La operacionalización de conceptos o variables es un proceso lógico de desagregación de los elementos más abstractos los conceptos teóricos, hasta llegar al nivel más concreto, los hechos producidos en la realidad y que representan indicios del concepto, pero que podemos observar, recoger, valorar, es decir, sus indicadores, Reguant & Martínez, (2014).



Objetivo	N°	Variable	Definición.	Definición operacional	Indicador	Escala
Objetivo 1: Determinar las características epidemiológicas de las pacientes atendidas.	1.	Edad materna.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de un individuo	Edad en años.	1. Menor de 20 años 2. 20-34 años 3. Mayor o igual de 35 años.	Ordinal.
	2.	Residencia	Localización geográfica de la vivienda.	Localidad.	1. Rural 2. Urbana	Nominal
	3.	Estado civil.	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición civil.	1. Soltera 2. Separada. 3. Casada. 4. Unión de hecho estable. 5. Viuda.	Nominal



	4.	Escolaridad.	Nivel de preparación académica alcanzado por una persona.	Nivel de estudio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta. 2. Alfabetizada. 3. Primaria. 4. Secundaria. <p>Universidad culminada.</p>	Nominal
	5.	Antecedentes personales patológicos.	Enfermedades diagnosticadas que padece una persona.	Enfermedad conocida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial. 2. Diabetes mellitus. 3. Cardiopatía. 4. Asma bronquial. 5. Enfermedad autoinmune. 6. Otras 7. Ninguno. 	Nominal
	6.	Antecedentes personales no patológicos.	Hábitos adquiridos por una persona vinculada a su voluntad.	Hábitos tóxicos o condición social.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaquismo. 2. Alcoholismo. 3. Drogadicción 4. Violencia. 5. Ninguno. 	Nominal



	7.	Gestas	Número de embarazos concebidos durante la vida de una mujer.	Embarazos previos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta. 2. Multigesta. 3. Gran multigesta. 	Nominal
	8.	Abortos previos	Perdida gestacional en el intervalo comprendido entre la implantación del huevo fecundado y antes de las 22 semanas de gestación, peso fetal menor a 500 g y longitud cráneo caudal menor a 25 cm.	Pérdidas gestacionales previas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No. 	Nominal
Objetivo 2: Identificar las principales causas de hemorragia que fueron motivo de atención hospitalaria.	9.	Causa de hemorragia	Motivo por el que la paciente presentó cuadro hemorrágico en el embarazo.	Causa de sangrado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aborto. 2. Embarazo ectópico. 3. Embarazo molar. 	Nominal



Objetivo 3: Mencionar el comportamiento clínico de las causas de hemorragia y su efecto en el desenlace materno y fetal.	10.	Atenciones prenatales.	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.	Atenciones prenatales programadas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna. 2. De una a dos. 3. De tres a cuatro. 4. Más de cuatro. 	Ordinal.
	11.	Tipo de ingreso a unidad hospitalaria	Forma en la que la paciente solicita atención en la unidad de salud.	Origen de atención de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Referida de otra unidad de salud. 2. Demanda espontánea. 	Nominal
	12.	Forma clínica de aborto	Presentación clínica del aborto como causante de hemorragia.	Forma de aborto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenaza de aborto con sangrado. 2. Aborto inminente. 3. Aborto inevitable. 4. Huevo muerto retenido. 5. Aborto completo. 6. Aborto incompleto. 7. Aborto séptico. 	Nominal



	13.	Condición clínica de ingreso hospitalario	Situación general de la paciente al momento de llegar a la unidad de salud.	Condición general.	1. Estable. 2. Grave.	Nominal.
	14.	Edad gestacional al ingreso hospitalario	Edad de embarazo al momento del evento obstétrico.	Edad de embarazo en semanas.	1. Menor de 12 SG. 2. Entre 12 SG-22 SG.	Ordinal
	15.	Tipo de manejo indicado	Decisión médica de tipo de tratamiento.	Tratamiento indicado.	1. Médico-conservador. 2. Quirúrgico.	Nominal
	16.	Ameritó transfusión sanguínea masiva	Necesidad de administración de transfusión de: <ul style="list-style-type: none">• 10 unidades de sangre en menos de 24 horas, o• 5 unidades de sangre en menos de 3 horas	Transfusión de hemoderivados	1. Sí. 2. No.	Nominal.



	17.	Grado de shock hipovolémico	Clasificación de la pérdida hemática durante el evento obstétrico de acuerdo a las características clínicas y cálculo de pérdida sanguínea.	Clasificación de shock hipovolémico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado I. 2. Grado II. 3. Grado III. 4. Grado IV. 5. No aplica 	Ordinal.
	18.	Complicaciones asociadas a la transfusión sanguínea	Situaciones que complican el cuadro inicial como consecuencia de la administración de hemoderivados.	Complicaciones derivadas de transfusión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No. 3. No especificada 4. No aplica. 	Nominal
	19.	Ameritó transfusión sanguínea de manera no masiva.	Transfusión de hemoderivados sin que cumpla los criterios para transfusión masiva.	Necesidad de hemoderivados .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No. 3. No aplica. 	Nominal



	20.	Complicación presentada	Situación que complicada el cuadro clínico de la paciente como consecuencia del evento obstétrico inicial.	Complicaciones secundarias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Shock hipovolémico 3. CID 4. Sepsis 5. Histerectomía 6. Anemia aguda 7. Lesiones de órganos vecinos en manejo quirúrgico 8. Otras 	Nominal
	21.	Necesidad de ingreso a UCI	Cuadro que ameritó manejo y/o vigilancia en salda de cuidados intensivos.	Ameritó ingreso a UCI.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No. 	Nominal
	22.	Necesidad de entubación orotraqueal	Cuadro que ameritó mantener una vía aérea permeable definitiva a través de un tubo orotraqueal.	Ameritó entubación orotraqueal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No. 	Nominal.



	23.	Días de estancia hospitalaria	Tiempo que la paciente estuvo ingresada en la unidad de salud.	Tiempo de estancia hospitalaria en días.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-4 días. 2. 5-9 Días 3. 10 o más días. 	Ordinal
	24.	Condición de egreso materno	Situación de salud en la que la paciente culminó su ingreso en la unidad de salud.	Situación de salud al egreso hospitalario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viva sin comorbilidad 2. Viva con comorbilidad 3. Fallecida. 	Nominal.

3.16 Consideraciones éticas

Capítulo I, De los Principios y de la Aplicación de los Derechos de los Usuarios.

En el Artículo 7. Para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán establecer que se garantice la confidencialidad de la información, a través del manejo del expediente clínico, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso. Garantizar las condiciones para preservar la intimidad de los usuarios y que no sean expuestos a la vista u oídos de personas que no estén involucradas en su atención.

En el Artículo 8. Derechos de los usuarios establece: Que los usuarios del sector público y privado gozaran del derecho a la confidencialidad y sigilo de toda la información de su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privado salvo las excepciones legales.



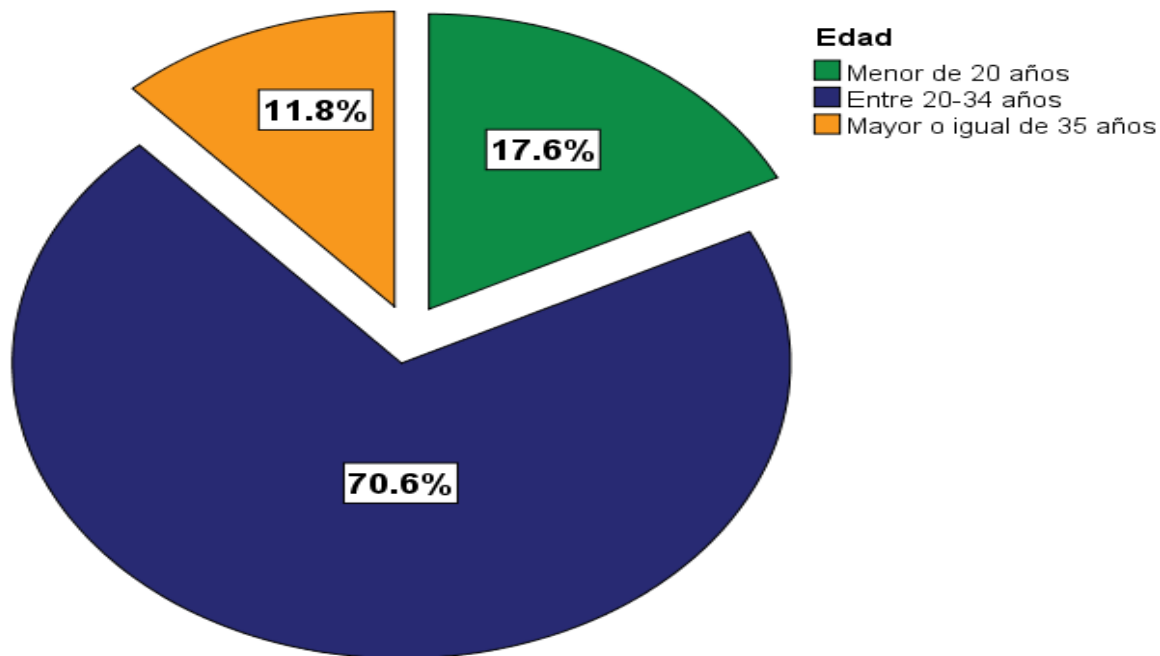
En este estudio se conservó la confidencialidad de los datos, los cuales fueron utilizados únicamente con los fines investigativos, para realizar conclusiones y recomendaciones haciendo uso del expediente clínico sin tomar en cuenta datos personales (nombre, dirección, etc.), que invadan la privacidad de la información personal de paciente y/o familia.

4. Capítulo 4: Análisis y discusión de resultados.

El presente estudio determina el compartimento clínico y epidemiológico de pacientes con hemorragia del primer trimestre de embarazo atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” de Juigalpa, Chontales; de la información recopilada de los expedientes clínicos de las pacientes, se obtuvieron los siguientes resultados:

Objetivo número 1: determinar las características epidemiológicas de las pacientes atendidas

Grafico n° 1: pacientes según grupo de edad.

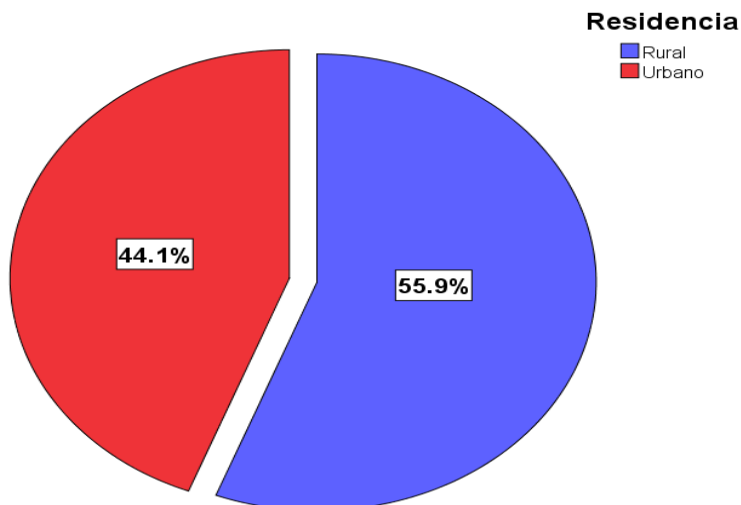




Fuente: Expedientes clínicos.

Al igual que Viteri Salazar (2015-2016), la hemorragia del primer trimestre de embarazo se presentó principalmente en pacientes entre 20-34 años con 48 pacientes (70.6 %), seguido de las pacientes menores de 20 años con 12 pacientes (17.6 %) y mayor de 35 años con 8 pacientes (11.8 %). Predominas más en estas edades la Hemorragia porque son extremas de la vida reproductiva y eso lo hace un factor de riesgo importante.

Grafico n° 2: pacientes según residencia.

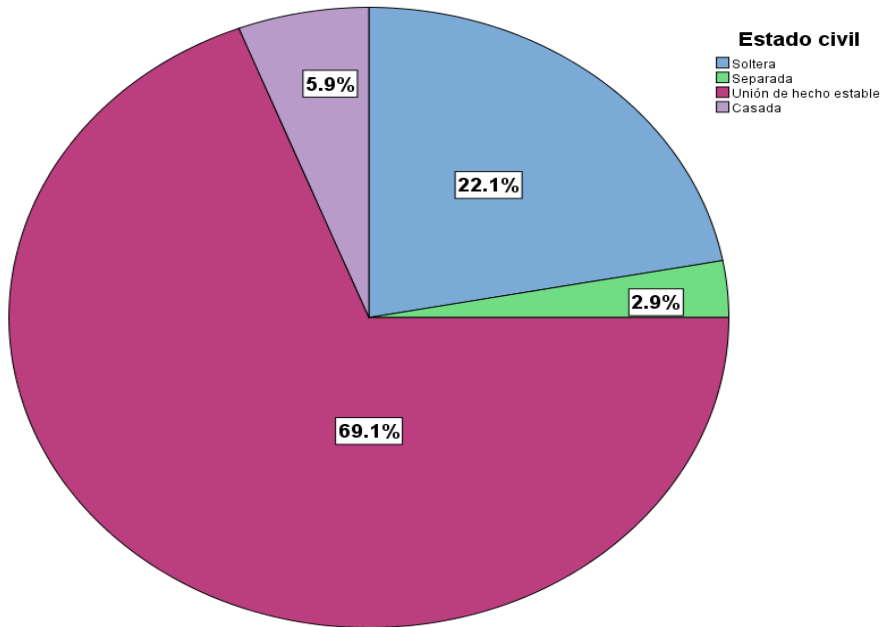


Fuen

En cuanto a la procedencia, la mayoría proviene del área rural con 38 pacientes (55.9 %) y el área urbana con 30 pacientes (44.1 %). Resultado contrario al que se encontró en el estudio de Calderón Centeno (2017), en donde predominó el área urbana Se considera que en el área rural se presenten más pacientes con hemorragia por falta de acceso a la salud, falta de comunicación, contribuyen a riesgos de presentar hemorragia del primer trimestre del embarazo. .



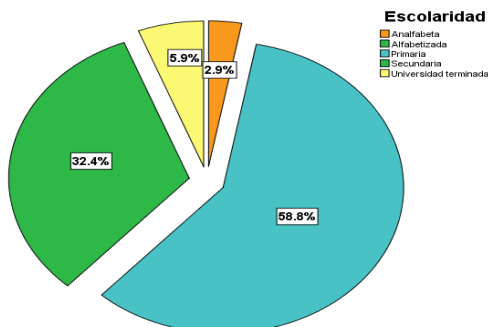
Grafico n° 3: pacientes según estado civil.



Fuente: Expedientes clínicos.

El estado civil que predominó en las pacientes es la unión estable con 47 pacientes (69.1 %) seguido de mujeres solteras con 15 pacientes (22.1 %), casadas con 4 pacientes (5.9 %) y un mínimo de separadas con 2 pacientes (2.9 %). Este predominio de hecho estable coincide con Calderón Centeno (2017), en donde este factor estuvo involucrado en la causa de embarazo ectópico..

Grafico n° 4: pacientes según escolaridad.

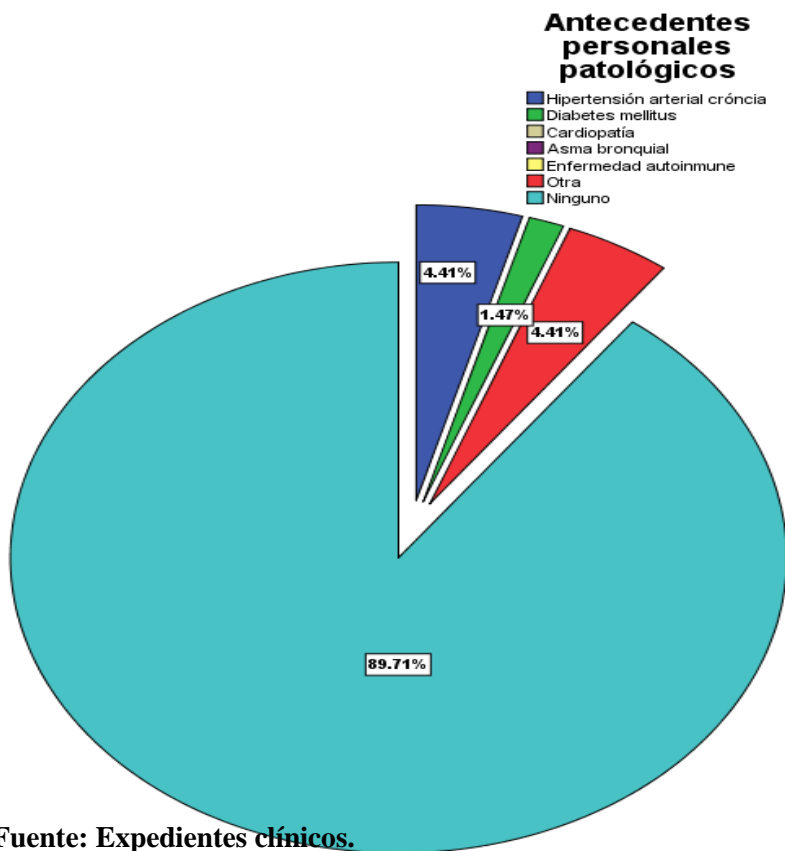




Fuente: Expedientes clínicos.

El nivel de escolaridad que predominó es la primaria con 40 pacientes (58.8 %) seguido de la secundaria con 22 pacientes (32.4 %), universidad culminada con 4 pacientes (5.9 %) y analfabetas, 2 pacientes (2.9 %). Este predominio de escolaridad coincide con el estudio de Mejía & Cerda (2016), donde la primaria fue el nivel académico principalmente encontrado en pacientes con embarazo molar. Las mayorías de las personas del área rural mantienen la costumbre que primero es a trabajar y después estudiar lo que conlleva a grandes consecuencias ya que no tienen

Grafico n° 5: pacientes según antecedentes personales patológicos´.



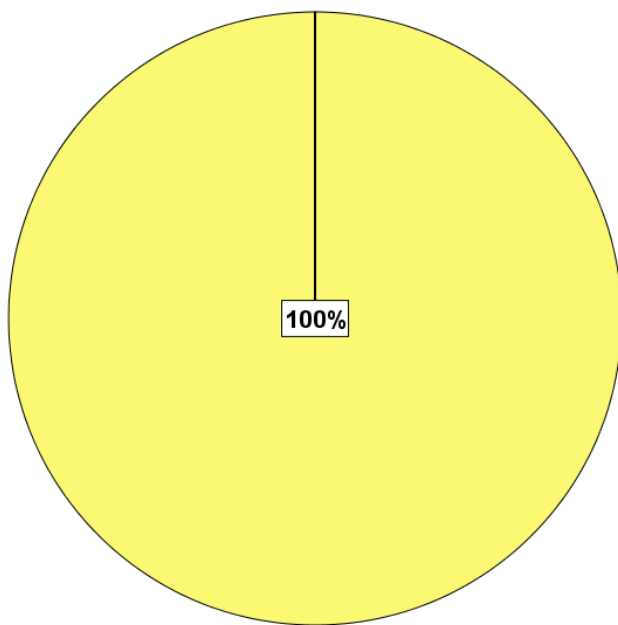
Fuente: Expedientes clínicos.



buena educación sexual, carecen de información, asociado también a la dificultad de acceder a estas unidades.

Según los antecedentes personales patológicos la mayoría de las pacientes no presentan antecedentes, con un total de 61 pacientes (89.7 %), la patología que predomina es la hipertensión arterial crónica con 3 pacientes (4.4 %) al igual que otras patologías en 3 pacientes (4.4 %) y diabetes mellitus con 1 paciente (1.4 %). Este dato coincide con Rivero y Pintado (2017), donde las pacientes no tenían antecedentes patológicos

Grafico n° 6: antecedentes personales no patológicos



Antecedentes personales no patológicos

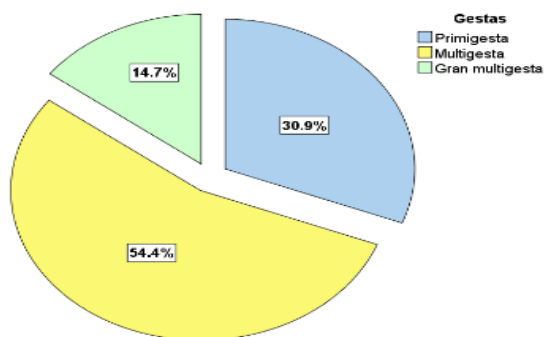
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Violencia
- Ninguno

con cuadros de aborto.



Los antecedentes personales no patológicos no se reflejaron en las pacientes del estudio realizado (100 %). Información que está en concordancia con Rivero y Pintado (2017), en donde las pacientes con cuadros de formas clínicas de aborto no presentaban antecedentes personales no patológicos.

5. Grafico n° 7: pacientes según cantidad de gestación

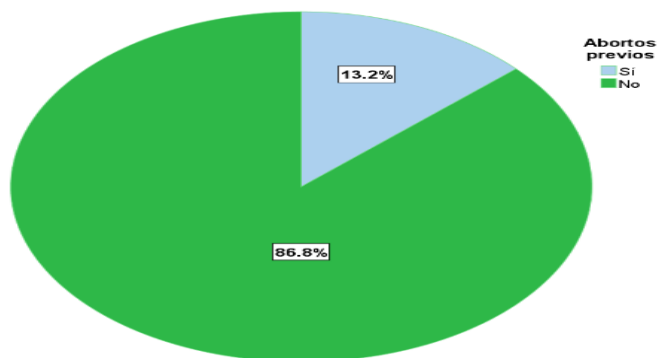


Fuentes: Expedientes Clínicos



Con relación a las gestas, predominaron las pacientes multigesta con 37 pacientes (54.4 %) seguida de las pacientes primigesta con 21 pacientes (30.9 %) y gran multigesta con 10 pacientes (14.7 %). Esta información difiere de Calderón Centeno (2017), en donde las pacientes primigestas fueron las principales afectadas.

Grafica n° 8: abortos previos.



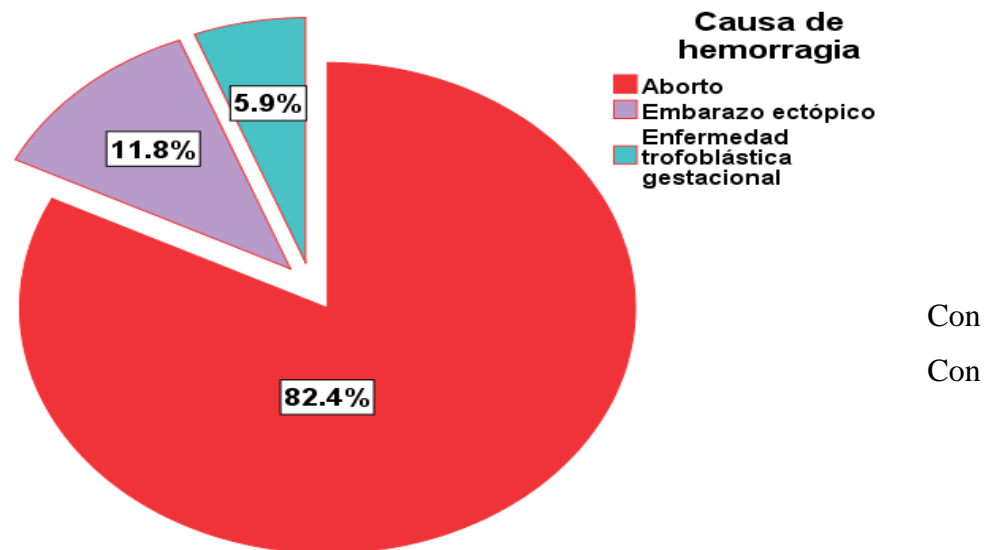
Fuentes: Expedientes Clínicos



Con relación a los abortos previos, la mayoría no presentaron tal antecedente para un total de 59 pacientes (86.8 %), en cambio, 9 pacientes sí tienen tal antecedente (13.2 %).

Objetivo número 2: Identificar las principales causas de hemorragia que fueron motivo de atención hospitalaria

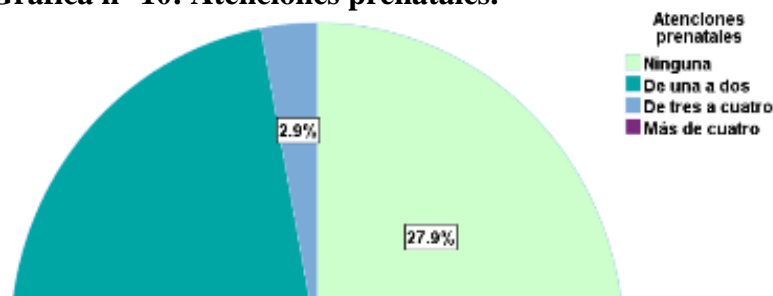
Grafico n° 9: causa de hemorragia.



Fuente: Expedientes clínicos.

relación a las causas de hemorragia, se encontró como principal causa el aborto con 56 pacientes (82.4 %) seguido del embarazo ectópico con 8 pacientes (11.8 %) y la enfermedad trofoblástica gestacional con 4 pacientes (5.9 %). Este dato coincide con Guevara Ríos (2010), en donde el aborto fue la principal causa de hemorragia del primer trimestre de embarazo. El aborto es más frecuente en edades extrema de la vida sexual, que aumenta los riesgos cuando hay dificultad de acceso a la unidad de salud, mala educación, más de dos embarazos.

Grafica n° 10: Atenciones prenatales.

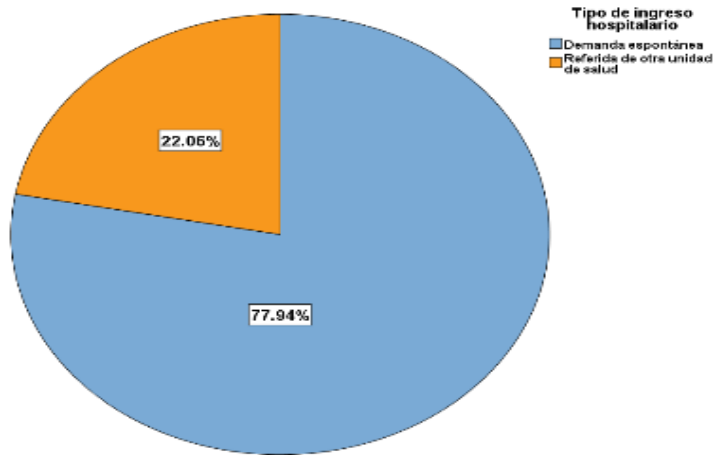




Respecto al número de controles prenatales, 47 pacientes se realizaron de 1-2 CPN (69.1 %), seguido de 19 pacientes que no se realizaron controles (27.9 %), y de 3-4 CPN, 2 pacientes se (2.9 %).una información propia



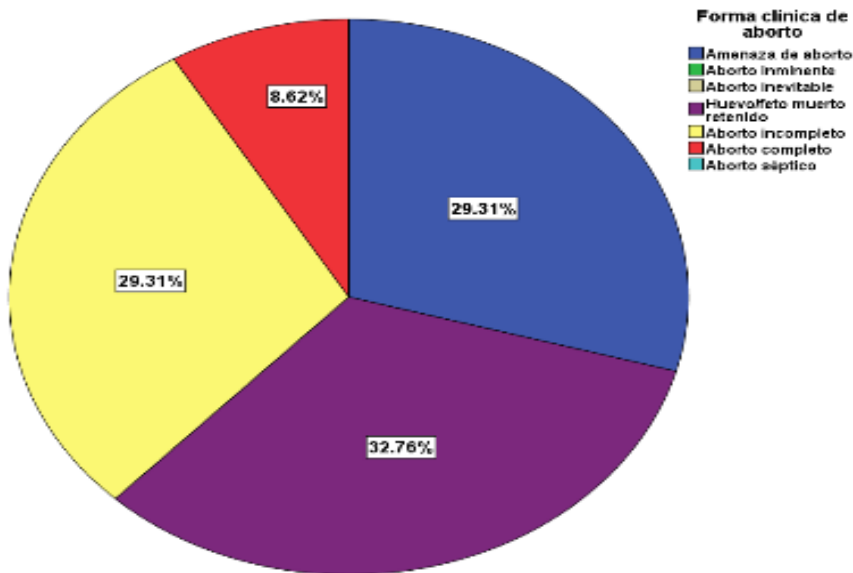
Grafico n° 11: tipo de ingreso a la unidad hospitalaria.



En cuanto al tipo de ingreso hospitalario, predomina la demanda espontanea con 53 pacientes (77.9 %), seguido de las referidas de otra unidad con 15 pacientes (22.1 %).



Grafico n° 12: formas clínicas de Aborto



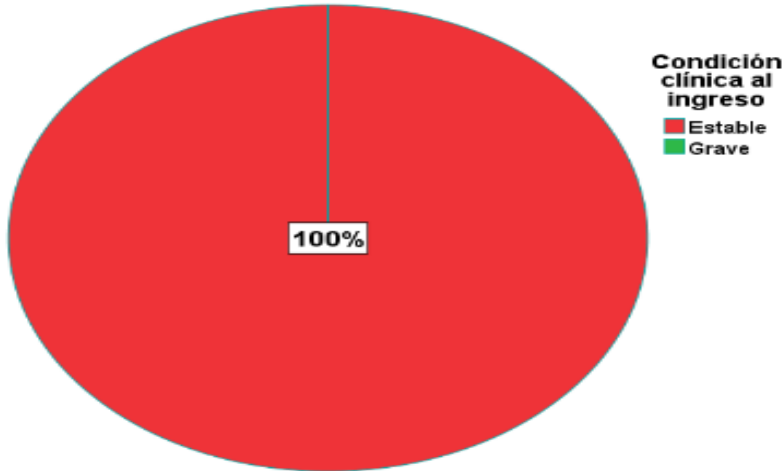
Fuente: Expedientes clínicos.

Según las formas clínicas del aborto, se presentaron mayor número de casos de huevo muerto retenido con 19 pacientes (32.7%), siguiéndole la amenaza de aborto y el aborto incompleto con 17 pacientes (29.3 %), Amenaza de Aborto 29.3%, le continúa aborto completo con 5 pacientes (8.6 %).

Objetivo número 3: Relacionar el comportamiento clínico de las causas de hemorragia y su efecto en el desenlace materno y fetal

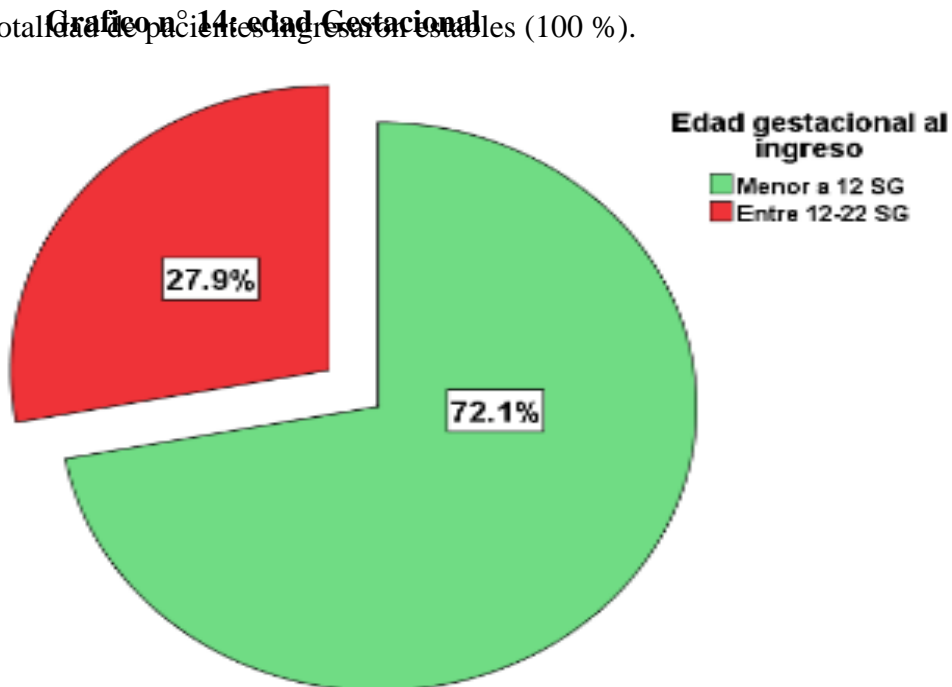


Grafico n° 13: condición clínica de ingreso Hospitalaria



Fuente: Expedientes clínicos.

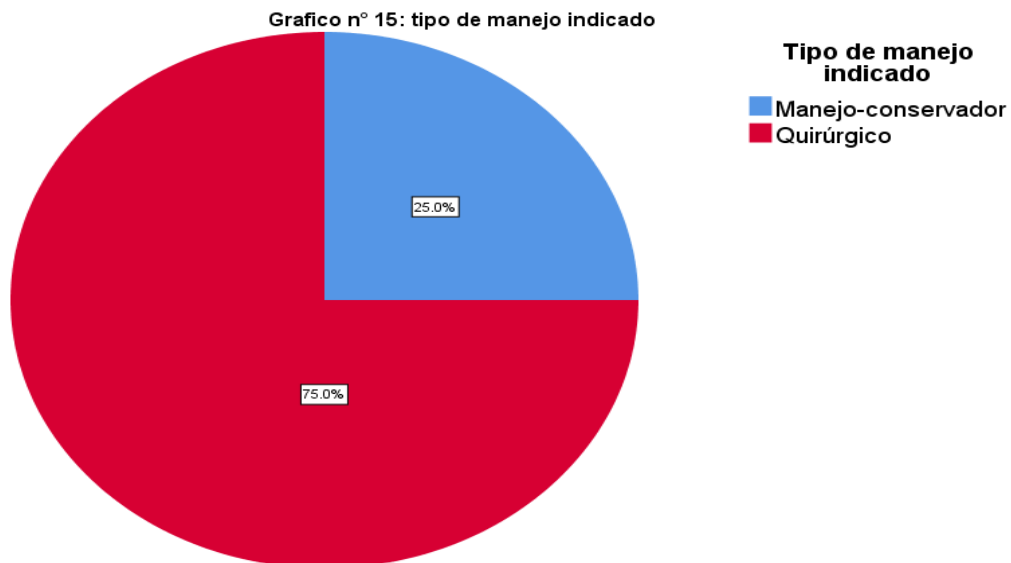
Respecto a la condición clínica al ingreso de las pacientes, estas ingresaron a la unidad de salud, la totalidad de pacientes ingresaron estables (100 %).





Fuente: expediente clínico

Al ingreso hospitalario, predominó la edad gestacional menor de 12 SG con 49 pacientes (72.1 %), seguido de las gestante entre 12-22 semanas con 19 pacientes (27.9 %). Esta prevalencia es similar a Rivero y Pintado (2017), en donde el 70 % de cuadros de aborto, sucedieron antes de las 12 semanas de gestación.

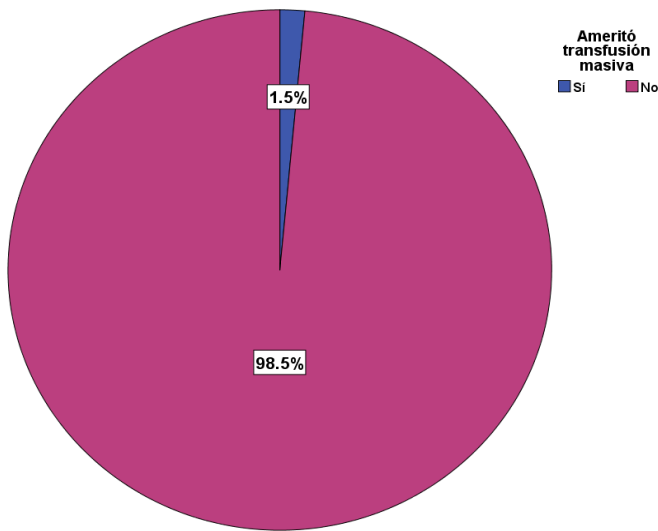


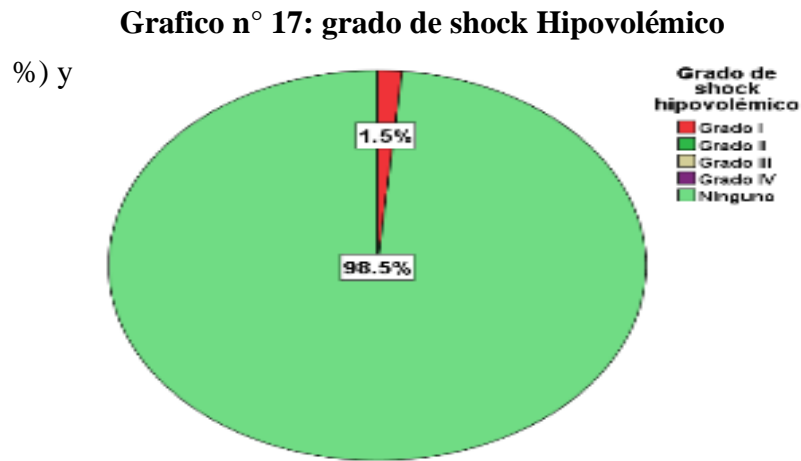
Fuente: Expediente clínico



En cuanto al tipo de manejo indicado, predomina el quirúrgico con 49 pacientes (75 %), seguido del manejo conservador con 19 pacientes (25 %). En Mejía & Cerda (2016) también se coincide con el manejo quirúrgico como principal manejo para pacientes con cuadros de hemorragia del primer trimestre.

Grafico n° 16: ameritó transfusión masiva.





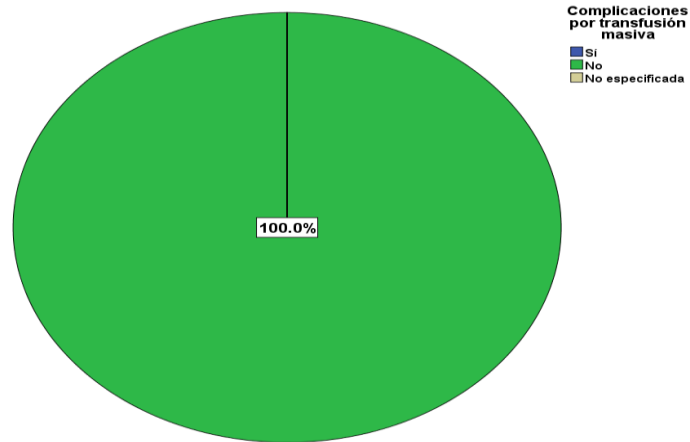
Amerito transfusión masiva 1 paciente (1.5 no ameritaron transfusión masiva 67 pacientes (98.5 %).

Fuente: expediente clínico

Según el grado de shock hipovolémico, 1 paciente presentó el Grado I (1.5 %), 67 pacientes no presentaron (98.5 %).



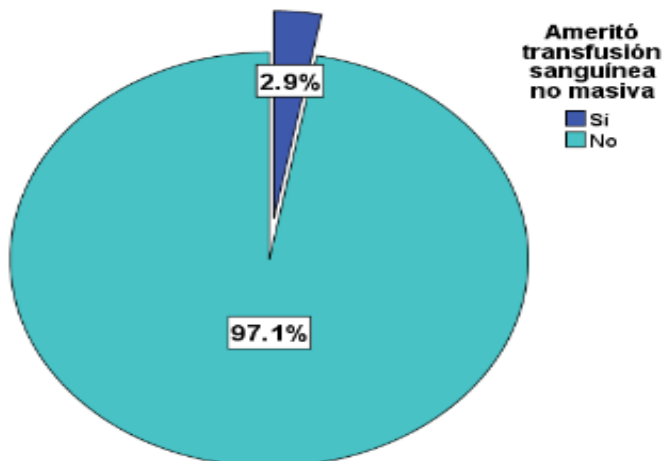
Grafico n° 18: complicaciones asociadas a la transfusión sanguínea



Fuente: expedientes clínicos.

Ninguna paciente presentó complicación de transfusión masiva de las que recibieron tal esquema (100 %).

Grafico n° 19: amerito transfusión sanguínea de manera no masiva



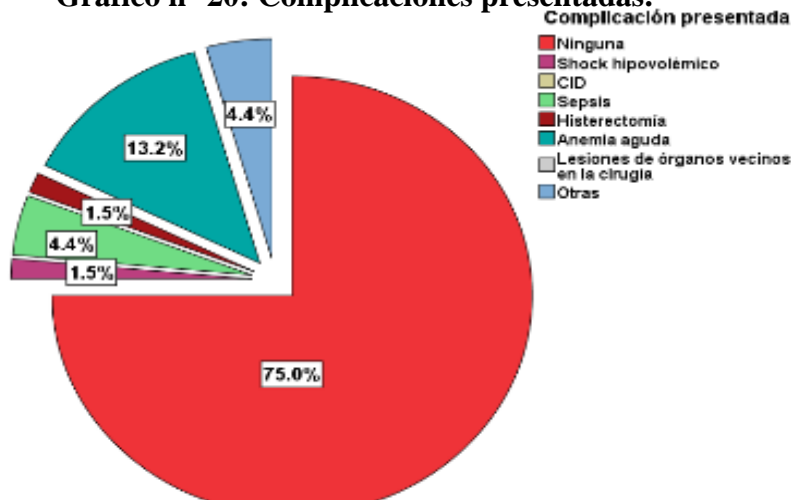
Fuente: Expedientes clínicos.



Amerito transfusión sanguínea no masiva 2 pacientes (2.9 %), y no ameritaron 66 pacientes (97.1 %).

Objetivo 3: Relacionar el comportamiento clínico de las causas de hemorragia y su efecto en el desenlace materno y fetal.

Grafico n° 20: Complicaciones presentadas.

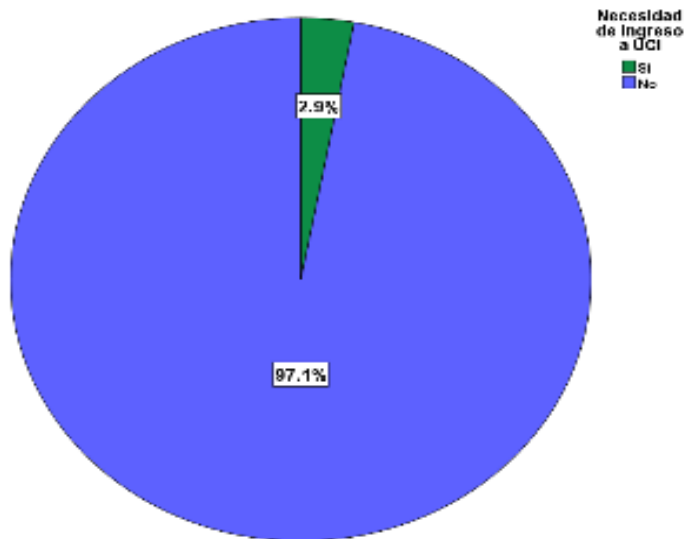


Fuente: Expedientes clínicos.

Respecto a las complicaciones, un total de 51 pacientes no presentaron ninguna complicación (75.0 %), seguido de la anemia aguda con 9 pacientes (13.2 %), sepsis y otras complicaciones, 3 pacientes (4.4 %) cada una y shock hipovolémico, 1 paciente (1.5 %), se le realizó histerectomía a 1 paciente (1.5 %).



Grafico n° 21: Necesidad de ingreso a UCI.

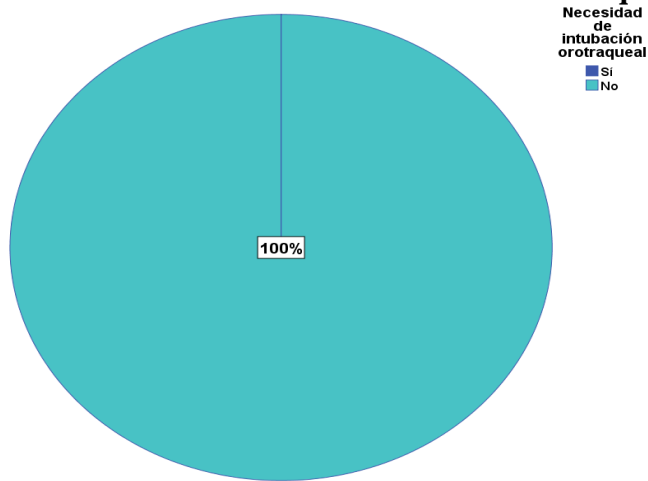


Fuente: Expediente clínicos.

Ingresaron a la unidad de cuidados intensivos 2 pacientes (2.9 %) y no ingresaron a UCI, 66 pacientes (97.1 %).



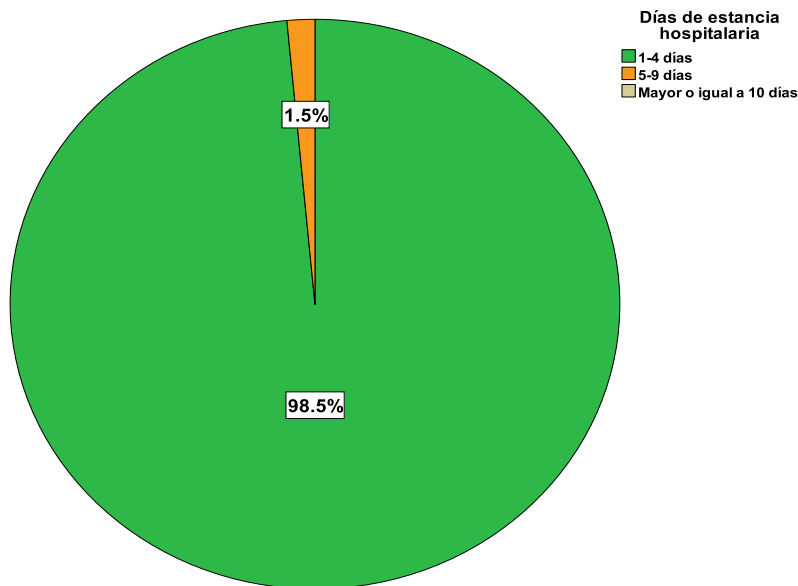
Grafico n° 22: Necesidad de intubación orotraqueal.



Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a la necesidad de intubación orotraqueal no se le realizo a ninguna de las pacientes estudiadas (100 %).

Grafico n° 23: Días de estancia hospitalaria.



Debido a que la atención fue oportuna, no se requirió más tiempo

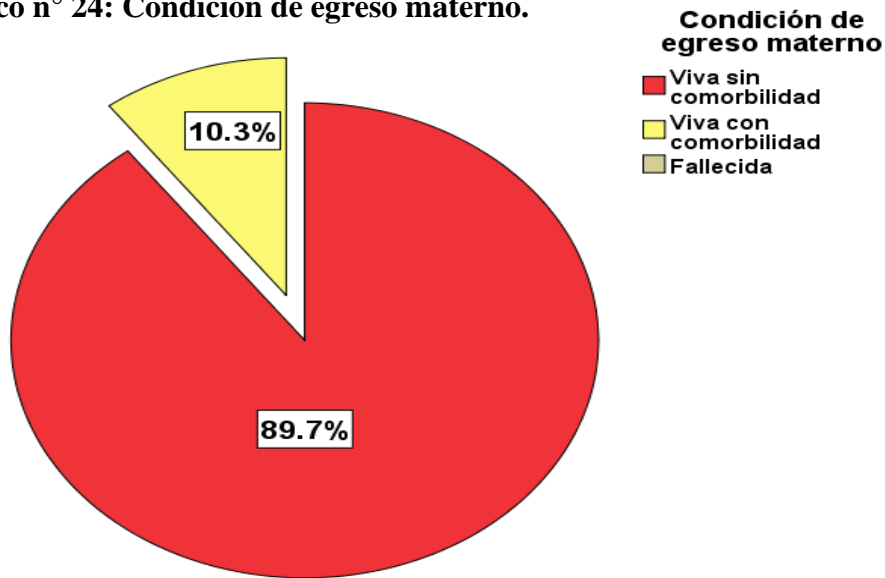
Fuente: Expedientes clínicos.

hospitalario ya que las pacientes en su mayoría no presentaron complicaciones.



Con relación a los días de estancia hospitalaria, 67 pacientes (98.5 %) estuvieron de 1-4 días y solo 1 paciente (1.5 %) duró de 5-9 días hospitali

Grafico n° 24: Condición de egreso materno.

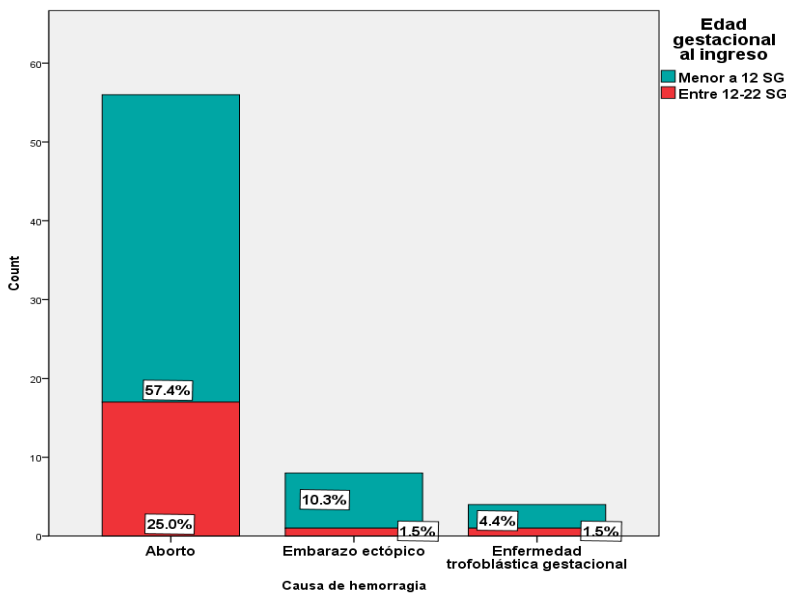


En cuanto a la condición de egreso materno, viva sin comorbilidad con 61 pacientes (89.7 %) y viva con comorbilidades, 7 pacientes (10.3 %), no hubo ninguna muerte materna.



Cruces de variables

Gráfica n° 25: Causa de hemorragia según edad gestacional.

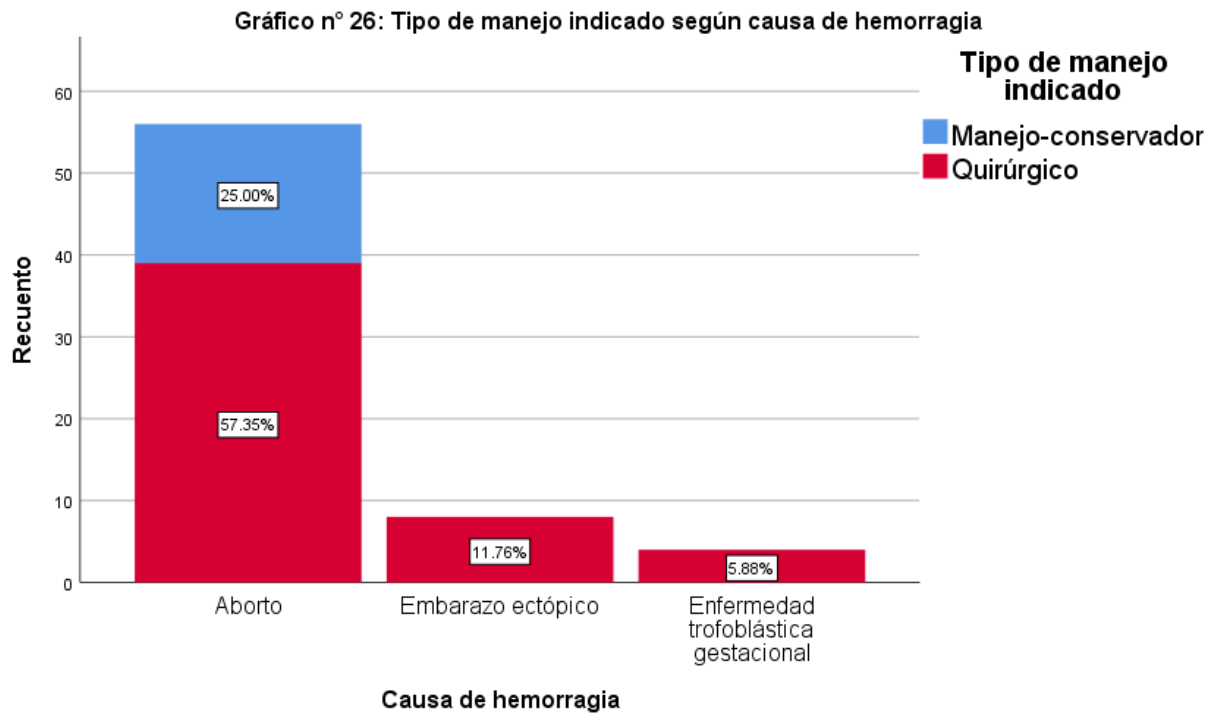


Fuente: expedientes clínicos.

P0'azzEn los casos de aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional, la hemorragia se presentó principalmente antes de las 12 SG con una frecuencia de 67.4 %, 10.3 % y 4.4 % respectivamente; después de 12 SG con un 25 %, 1.5 % y 1.5 % respectivamente. Esto concuerda con Rivero y Pintado (2017) cuyos cuadros de aborto fueron antes de las 12 semanas de gestación. La relación entre aborto y edad gestacional menor de 12 semana de gestación se da ya que la mayoría de los abortos espontaneos se dan ha esta edad de gestación teniendo diferentes



causas como patologías asociadas al embarazo como no tener los cuidados necesarios durante la gestación.

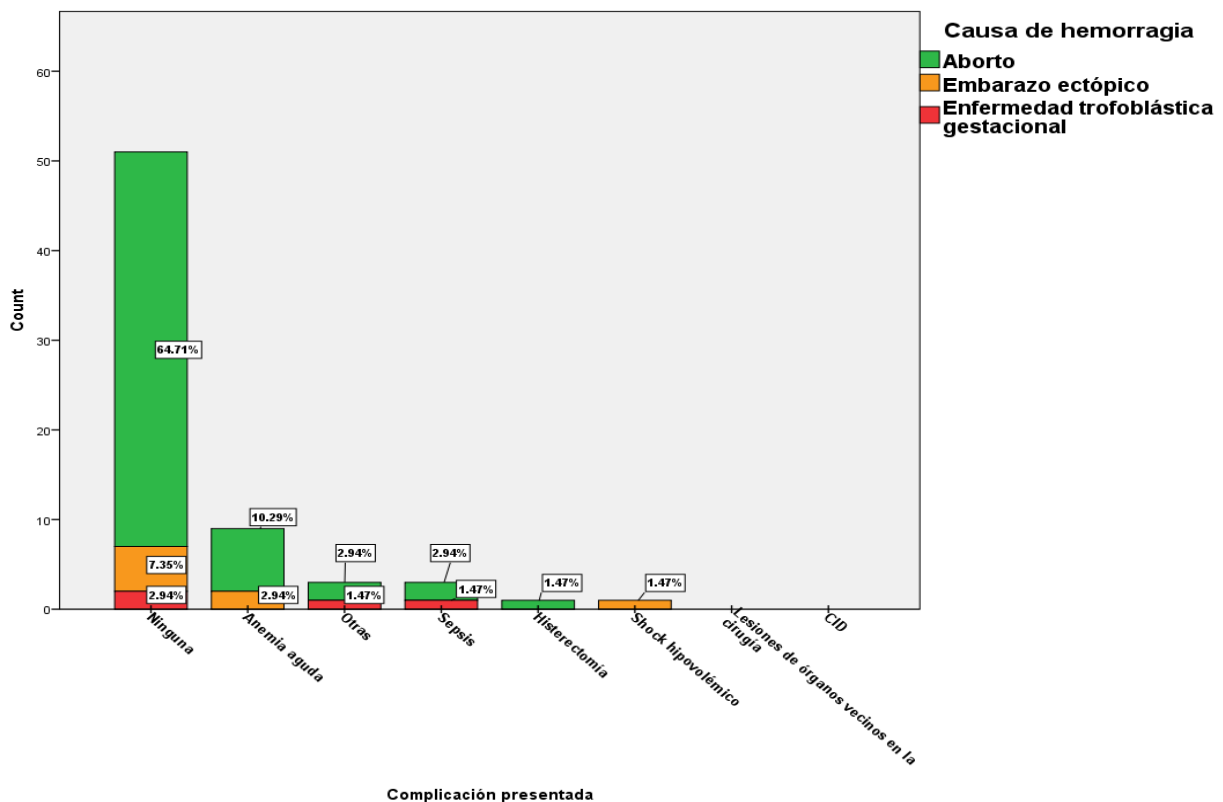




Fuente: expediente clínico

Se observa que para aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestación, la opción terapéutica elegida fue quirúrgica con un 57.4 %, 11.8 % y 2.9 %, en cambio, el manejo médico en aborto fue del 25 % y en enfermedad trofoblástica gestacional fue de 2.9 %, el embarazo ectópico no se manejó medicamento. El manejo quirúrgico y el aborto fueron los que presentaron mayor índice en nuestro trabajo ya que el tratamiento quirúrgico es necesario para la prevención de infecciones al extraer tejido del interior del utero.

Gráfico n° 27: Complicaciones presentadas según causa de hemorragia.



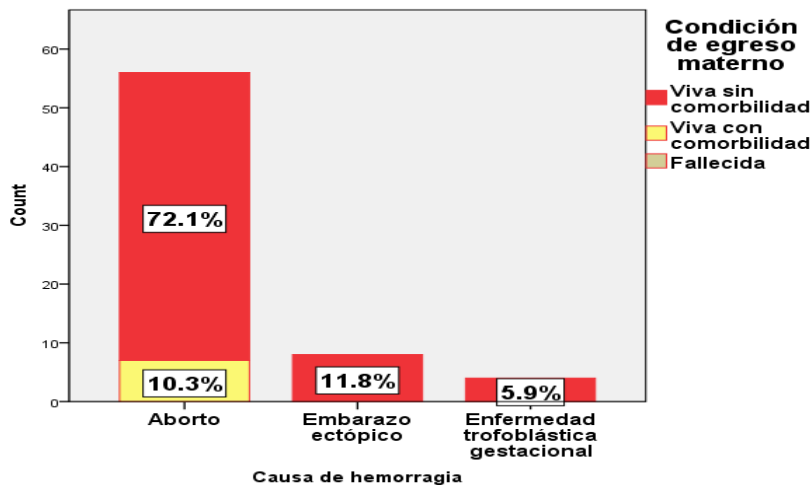
Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a las causas de hemorragia y las complicaciones presentadas en cada una, se evidencia que la anemia aguda, sepsis con otras complicaciones por igual, histerectomía, predominaron en las pacientes con aborto con 10.2 %, 2.9 %, 1.4 % respectivamente. En las pacientes con embarazo



ectópico, se presentó anemia aguda en un 2.9 % y shock hipovolémico en 1.4 % (con respecto al 100 % de la muestra). En enfermedad trofoblástica gestacional se presentó sepsis y “otras” complicaciones con una frecuencia similar de 2.9 % (con respecto al 100 % de la muestra). Entre las variables causas de hemorragias y complicaciones presentadas predominó en nuestro trabajo que no presentaron complicaciones seguida de la anemia aguda esta se debe en el mayor de los casos a la alimentación de la madre la cual no tiene un aporte extra de nutrientes durante el embarazo.

Gráfico n° 28: Condición de egreso materno según causa de hemorragia.

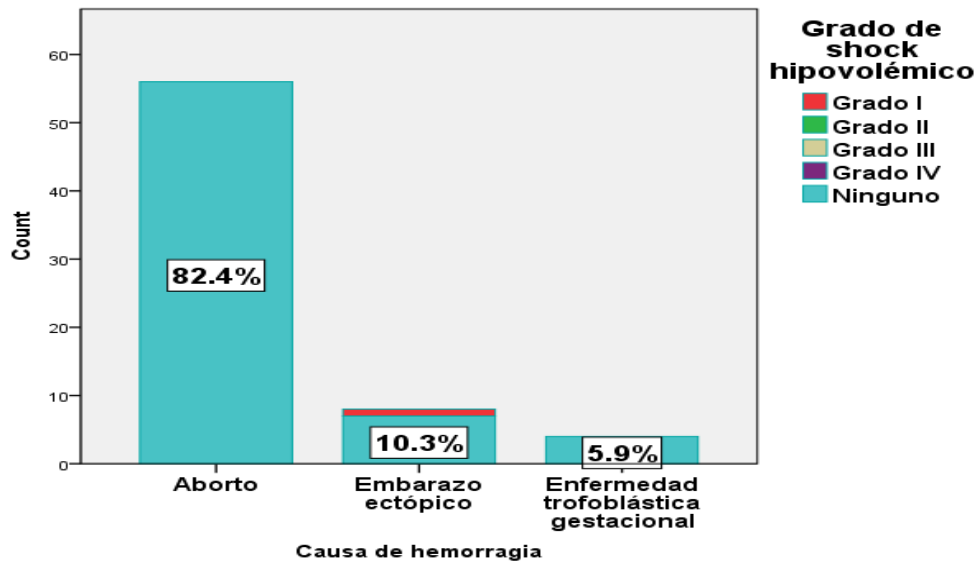


Fuente: Expedientes clínicos.

En los tres casos de hemorragia del primer trimestre se observa que las pacientes egresaron vivas y sin comorbilidades, aborto con 72.1 %, embarazo ectópico 11.8 %, enfermedad trofoblástica gestacional con 5.9 %. La condición de egreso con mayor predominio viva sin comorbilidad ya que recibieron atención inmediata y adecuada.



Gráfico n° 29: Grado de shock hipovolémico según causa de hemorragia.

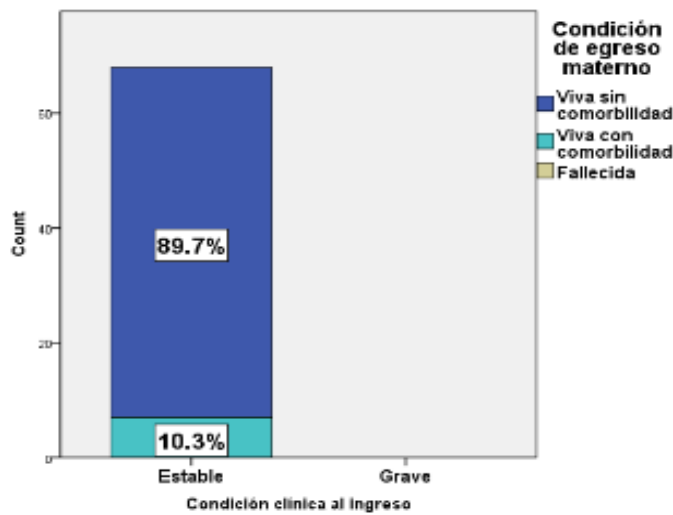


Fuente: Expedientes Clínicos.

Se evidencia que para los tres casos de hemorragia, predomina la ausencia del shock hipovolémico, aborto con 82.4 %, embarazo ectópico con 10.3 % y enfermedad trofoblástica gestacional con 5.9 % para un total de 98.6 % de las pacientes, solo el 1.4 % presentó shock hipovolémico grado 1 y fue en pacientes con embarazo ectópico. La ausencia de shock es de mayor predominio ya que no es frecuente que se den casos de hemorragias severas, nuestras pacientes fueron atendidas oportunamente y se les dio el manejo adecuado.



Gráfico n° 30: Condición clínica al ingreso y al egreso.

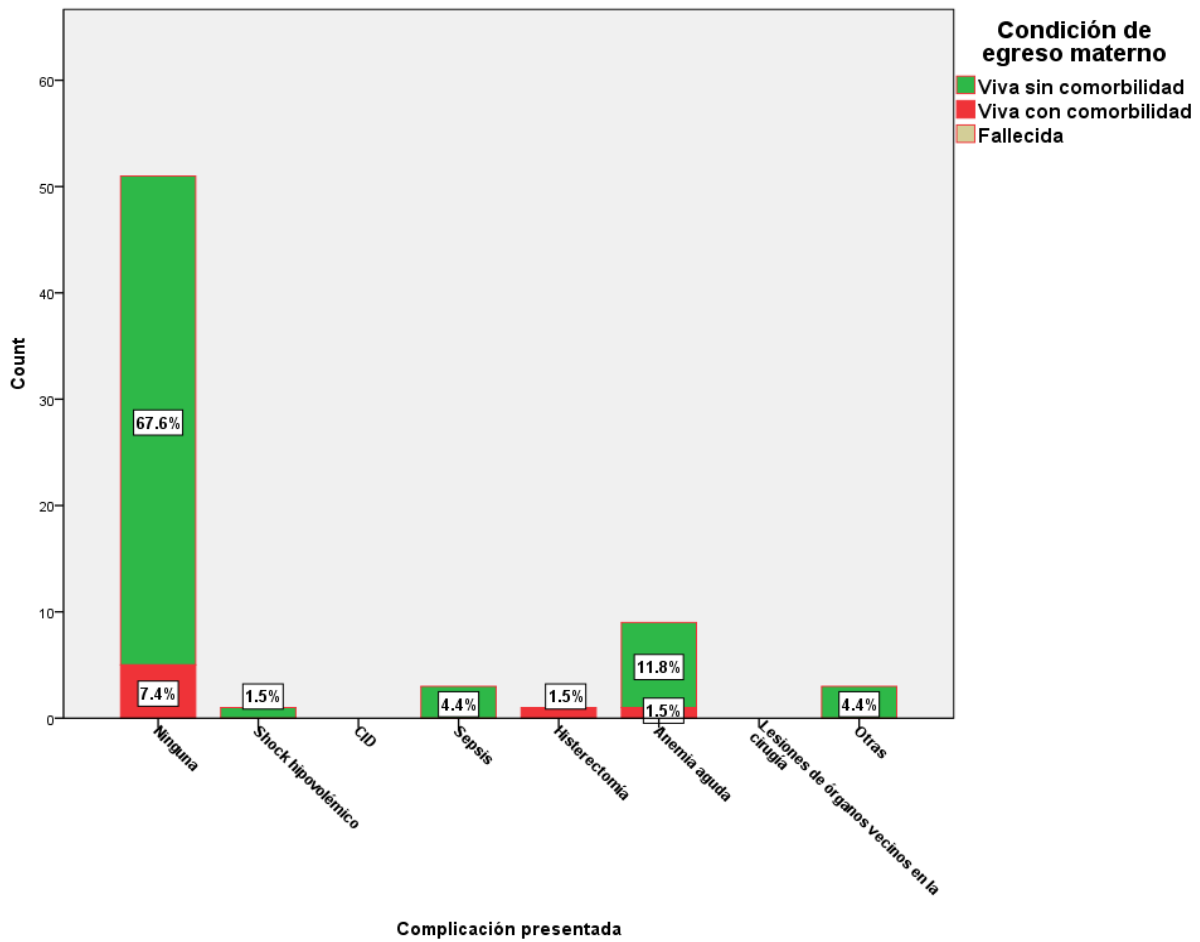


Fuente: Expedientes clínicos.

El 100 % de las pacientes ingresaron estables a la unidad, de ellas, el 89.7 % egresó sin comorbilidades, en tanto que el 10.3 % egresaron con alguna comorbilidad. No se reportó ninguna muerte materna. Con relación al egreso de las pacientes fue estable ya que la mayoría de las mujeres no presenta complicaciones cuando tienen abortos espontáneos y antes de las 12 semanas de gestación y al momento de su ingreso estaban estables lo que favoreció en nuestro estudio.



Gráfico 31: Condición de egreso materno según complicación presentada.

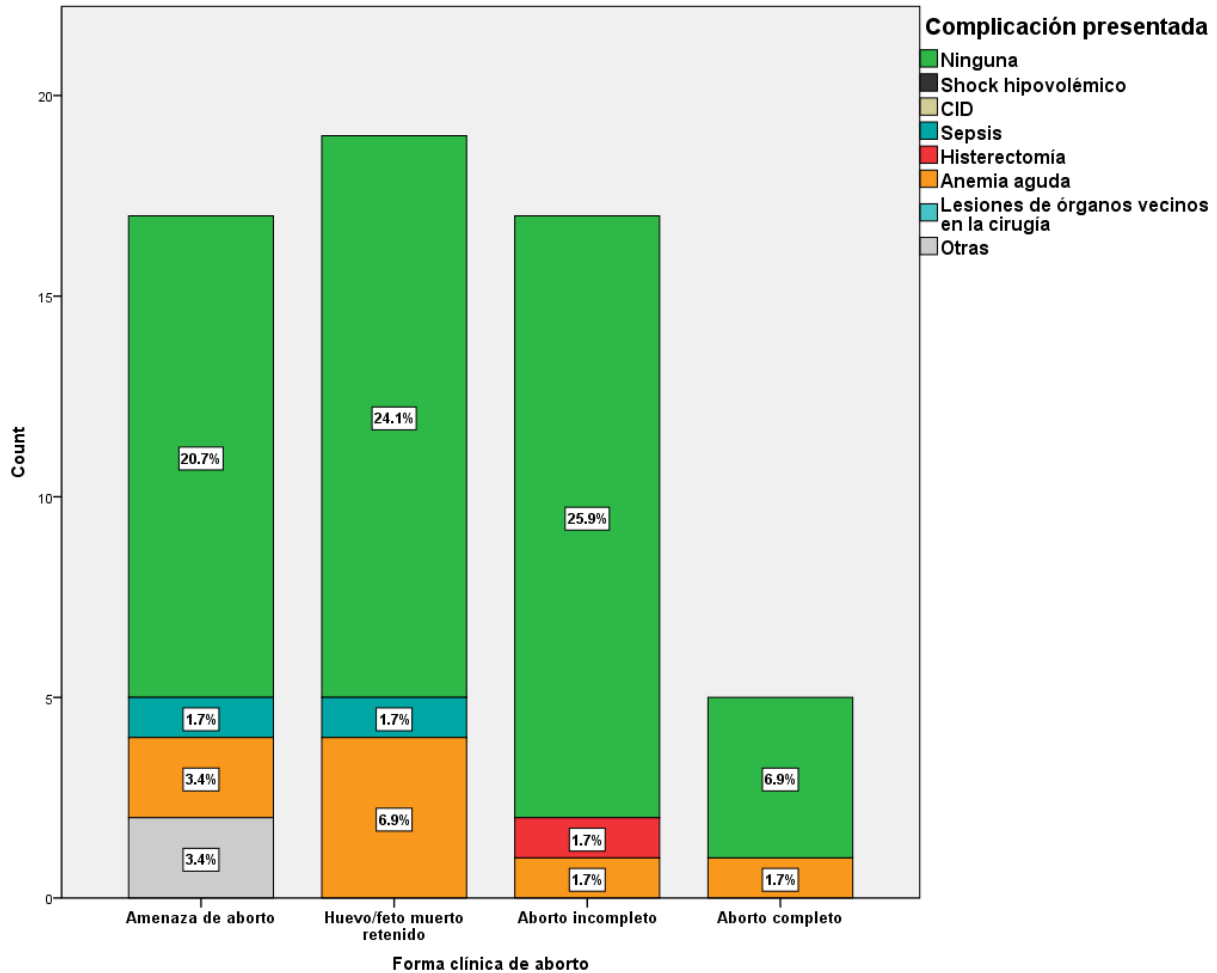


Fuente: Expedientes clínicos.

Respecto a las complicaciones presentadas y el egreso de pacientes, se evidencia que en las pacientes que presentaron complicaciones clínicas: shock hipovolémico, sepsis, anemia aguda y otras complicaciones, egresaron vivas sin comorbilidades con 1.5 %, 4.4 %, 11.8 % y 4.4 % respectivamente (con respecto al 100 % de la muestra clínica). Los resultados fueron óptimos debidos al manejo intrahospitalario adecuado a las formas clínicas que se presentaron



Gráfico n° 32: Complicación presentada según forma clínica de aborto.

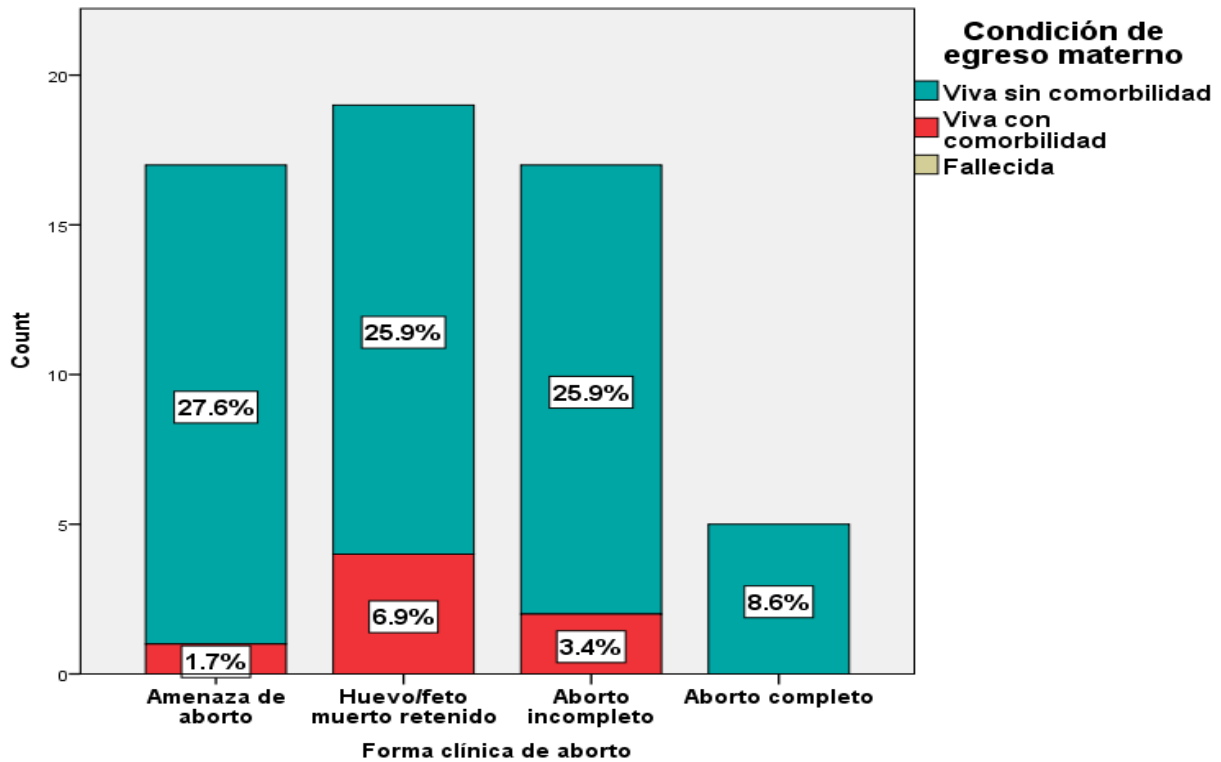


Fuente: Expedientes clínicos.

Respecto a las formas clínicas de aborto que se presentaron en las pacientes del estudio y sus respectivas complicaciones, se evidencia que para la amenaza de aborto, ninguna complicación con 20.7 %, lesión de órganos vecinos con 1.7 %, anemia aguda y otras complicaciones con frecuencia similar de 3.4 %; para las pacientes con huevo muerto retenido, ninguna complicación con 24.1%, lesión de órganos vecinos con 1.7 % y anemia aguda con 6.9 %; las pacientes con aborto incompleto, ninguna complicación con 25.9 %, anemia aguda e histerectomía con igual frecuencia de 1.7 %; las pacientes con aborto completo, ninguna complicación con 6.9 % y anemia aguda con 1.7 %. La complicación que mayor se presentó es la anemia aguda la cual se debe al estado nutricional de la madre antes del embarazo o al déficit de hierro durante el mismo.



Gráfico 33: Condición de egreso materno en relación a forma clínica de aborto



Fuente: Expedientes clínicos.

Las formas clínicas de aborto presentadas son amenaza de aborto, egresaron vivas sin comorbilidades un 27.8 %, con comorbilidad 1.7 %; huevo muerto diferido, sin comorbilidad 26.9 % y con comorbilidad 6.9 %; aborto incompleto, viva con comorbilidad 26.9 %, con comorbilidad 3.4 %; aborto completo egresaron vivas sin comorbilidad 8.6 %, ninguna con comorbilidad. La mayor parte de los abortos termina en buenos resultados teniendo una atención de calidad y en nuestro trabajo era un bajo índice de pacientes con patologías crónicas.

5. Capítulo 5: Comprobación de la hipótesis de investigación.

Las hipótesis planteadas en esta investigación sugerían lo siguiente:

Hipótesis Nula



H₀: la hemorragia del primer trimestre del embarazo no se relaciona con el desarrollo de complicaciones maternas.

Hipótesis Alternativa

H_A: la hemorragia del primer trimestre del embarazo cursa con cuadro clínico que llevan a complicaciones maternas de leves a severas.

Se utilizó el método analítico de Chi cuadrado para el estudio de la hipótesis y se obtuvieron los siguientes resultados:

Ilustración 4. Prueba de chi-cuadrado.

Fuente: SPSS V. 21.

Chi-Square Tests				Regla de decisión: si $p \leq 0.05$, entonces se rechaza H ₀ . Con $X^2 = 18.27$, df: 10, $p = 0.05$, como la significancia es igual a 0.05 entonces se rechaza la H ₀ ,
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	18.270a	10	.05	
Likelihood Ratio	12.309	10	.265	
Linear-by-Linear Association	1.670	1	.196	
N of Valid Cases	68			

a. 15 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

por lo que se acepta la hipótesis alternativa: las pacientes con hemorragia del primer trimestre sí presentan complicaciones clínicas derivadas del cuadro hemorrágico.



6. Capítulo 6: conclusiones.

Al analizar el estudio se concluyó: Las características epidemiológicas que se pudieron evidenciar en las pacientes atendidas fueron los siguientes:

- Predominaron las pacientes del grupo de edad de 20-34 años.
- Pacientes en edades reproductivas adecuadas.
- Unión de hecho estable.
- Nivel de escolaridad bajo.
- Antecedentes patológicos personales la mayoría de las paciente no presento.
- Antecedentes personales no patológicos no presentaron.
- Predominaron las Multigesta.
- Bajo índice de abortos previos.

Las principales causas de hemorragias identificadas:

- Predominó el aborto.
- En su forma clínica mayor índice el Huevo muerto retenido.

Comportamiento clínico de las causas de las hemorragias y su efecto en el desenlace materno fetal fueron las siguientes:

- Predomino las pacientes que tenían registrado en su HCP entre 1-2 controles prenatales.
- Pacientes con Demanda espontanea.
- Mujeres con condiciones clínicas estables.
- Edad gestacional menor de 12 SG.
- Tuvo mayor prevalencia el manejo quirúrgico.
- Bajo índice en Ameritar transfusión sanguínea masiva.
- Grado de shock bajo.
- Complicaciones por transfusión sanguínea no se presentaron.
- La complicación que más se presento fue la Anemia aguda, seguida de la sepsis.
- Ingreso a la unidad de cuidados intensivos muy bajo.
- Días de estancia hospitalaria que predomino fueron de 1-4 días.
- Egresaron vivas sin comorbilidades.





7. Capítulo 7: Recomendaciones.

- AL MINSA: Realizar estudios continuos que permitan determinar el comportamiento clínico anual de la hemorragia del primer trimestre del embarazo y los resultados maternos con respecto a ella, en instituciones públicas que permitan implementar medidas y disminuir su evolución en el tiempo oportuno.
- Capacitación continua al sector primario y hospitalario sobre la importancia y llenado correcto de la HCPB puesto que al momento de revisión de expedientes se observó su mal llenado.
- Elaborar un plan de visitas programadas y consecutivas para la evaluación completa y estricta de la aplicación de la normativa del control prenatal.

AL HREAJ.

- Estimular al personal de ginecoobstetricia así como a los médicos en formación a realizar estudios anuales que permitan evaluar la tasa de comportamiento de la hemorragia del primer trimestre del embarazo y los resultados maternos de acuerdo a ella.
- Supervisar el llenado correcto de la copia de HCPB y hoja de emergencia puesto de encontró datos incompletos tales como antecedentes familiares patológicos, gestas previas, antecedentes personales patológicos y no patológicos, peso, talla, IMC, Etc.

APS.

- Capacitar al personal de salud de atención primaria sobre el llenado adecuado de la hoja de HCPB.
- Capacitar a la red comunitaria sobre la importancia de las captaciones en el primer trimestre del embarazo.
- Dar charlas y Promover los métodos de planificación familiar a todas las personas en edad reproductiva.
- Realizar círculos de embarazadas donde se dé a conocer principales de factores riesgo asociado al embarazo.



- Educar a la población sobre el marco legal asociado al Aborto.



Bibliografía

1. A Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (03 de 11 de 2016). *Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*. USA.
2. Alberta Health Services. (2012). *GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA*. England.
3. American Journal of Obstetrics and Gynecology. (05 de 2003). *Predictors of success with methotrexate treatment of tubal ectopic pregnancy at Grady Memorial Hospital*.
4. Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (14 de 03 de 2002). *Legislación asamblea nacional*. Obtenido de [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument)
5. Barrantes, A., Jiménez, M., Rojas, B., & García, A. (2013). *Embarazo y aborto en adolescentes*. Costa Rica.
6. Berek, J., & Hacker, N. (2010). Oncología obstétrica. En B. & Hacker, *Oncología Ginecológica de Berek & Hacker* (pág. 32). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
7. Calderón Centeno, H. (2017). *Embarazo ectópico en primigestas atendidas en emergencia obstétrica del Hospital Alemán Nicaraguense en el período de junio 2013 a junio 2016*. Managua, Nicaragua.
8. Carrillo, R., & Peña, C. A. (09 de 2015). Definiciones y abordaje de la hemorragia crítica. *Revista mexicana de anestesiología*, 6.
9. Castilla, K. P. (2017). *Estudio de consumo de sustancias adictivas en el ámbito universitario: Integración Curricular de la educación para la Salud en FAREM-Chonlales*. Juigalpa.
10. Clinical Gynecologic Oncology. (2015). En D. Creasman, *Clinical Gynecologic Oncology*. USA: Elsevier.
11. Cunningham, G. F. (2015). *Obstetricia de Williams*. McGraw-Hill.
12. Durón González, R., & Bolaños Morera, P. (2018). *Gestational trophoblastic disease*. Costa Rica.
13. Elsevier. (05 de 2015). *Elsevier*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S0304501304760264>
14. Federación Argentina de sociedades ginecológicas y de obstetrica, FASGO. (2018). Consenso de aborto recurrente. *FASGO*, 15.
15. Fernández Arenas, C. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Scielo*, 15.



16. Garner, E. (2011). *Gestational trophoblastic disease: Management of hydatidiform mole*. England.
17. Genésis, V. S. (2015-2016). *Hemorragia del primer trimestre en primigestas en el Hospital Universitario entre 2015-2016*. Guayaquil, Ecuador.
18. Gómez Gutiérrez, S., & Larrañaga, C. (2019). Hemorragia en la gestación. *Scielo*, 10.
19. Guttmacher Institute. (03 de 2018). *Guttmacher Institute*. Obtenido de <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-a-nivel-mundial-2017-resumen-ejecutivo>
20. Hernández S. (2014). *Metodología de la investigación* (sexta ed., Vol. sexta edición). Mexico: Mcgraw-hill.
21. Human Reproduction. (2017). Induced abortion. *Human Reproduction*, 10.
22. Instituto Nacional de Perinatología, México. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 8.
23. Ishikawa, S., & Raine, A. (04 de 2013). Complicaciones obstétricas y agresión. California, USA.
24. Kurt T , Barnhart; Gosman, Gabriella ; Ashby, Rachel ; Sammel, Mary;. (04 de 2003). *The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens*. USA.
25. Lupión, A. (2008). *Causas de hemorragia en el primer trimestre de embarazo*. México, DF.
26. Malvino, E. (2010). Shock hemorrágico en obstetricia. Buenos Aires, Argentina.
27. Mejía Corea, K., & Cerda González, M. (2017). *Factores asociados a embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua de abril 2014-abril 2016*. Managua, Nicaragua.
28. Ministerio de Salud Nicaragua. (09 de 2018). Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. Managua, Managua, Nicaragua.
29. Ministerio de Salud, Perú. (2007). *Mortalidad materna en Perú*. Lima.
30. Murray, Heather; Baakdah, Hanadi; Bardell, Trevor; Tulandi, Toga;. (11 de 10 de 2005). Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy*.
31. National Library of Medicine. (2004). Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin. *National Library of Medicine*, 15.
32. National Library of Medicine. (2007). Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Pub Med*, 18.



33. Organización Mundial de la Salud. (2019). *Tratamiento médico del aborto*. Suiza.
34. Organización Panamericana de Salud. (2013). *El aborto como problema de salud pública*. Suiza.
35. Organización Panamericana de Salud. (09 de 2018). *paho.org*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
36. Parker, V. (05 de 10 de 2017). Current management of gestational trophoblastic disease. *Obstetrics, Gynaecology and reproductive medicine*, 20.
37. Pierre, A., Attia, J., Massardier, J., Seckl, M., Massauger, L., & Trommel, N. (2015). Formalised consensus of the European Organisation for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestational trophoblastic diseases. *National Library of Medicine*, 8.
38. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *American Society for Reproductive Medicine*, 13.
39. Rivero, M., & Pintado Abad, S. (2017). *Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el período de enero a febrero de 2017*. Ecuador.
40. Robles Maltez, H., & Guerrero Novoa, A. (2016). *Cumplimiento del protocolo del abordaje de embarazo ectópico en mujeres atendidas en el servicio de complicaciones del Hospital Bertha Calderón Roque entre julio a diciembre de 2015*. Managua, Nicaragua.
41. Santamaría, Esther ; Fernández-Sánchez, Manuel ;. (11 de 2005). *Embarazo ectópico y tratamientos de reproducción asistida*. Buenos Aires, Argentina.
42. Seckl, M. (2010). Gestational trophoblastic disease. *The Lancet*, 12.
43. Steinauer, J. (2016). *Surgical termination of pregnancy: First trimester*. USA: Wolters Kluwer.
44. The Who Reproductive Health Library. (02 de 2013). *Who.int*. Obtenido de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/gynaecology-infertility-and-cancers/gynaecology-and-infertility-9>
45. US National Library of Medicine. (2008). *Serum Markers in the Diagnosis of Tubal Pregnancy*. USA.
46. Valera, Carlos Alberto; Sánchez Casas, Yoandra; González Lucas, Norma; Fernández Rodríguez, Francisco. (2013). *Diagnosis of ectopic pregnancy*. Cuba.



47. World Health Organization, WHO. (11 de 2017). *Who.int*. Obtenido de <http://www.who.int/mortalitypregnat.com>
48. World Health Organization, WHO. (19 de 09 de 2019). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
49. World Health Organization, WHO. (19 de 09 de 2019). *WHO.INT*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>





Anexos



Carta de solicitud de permiso para revisión de expedientes clínicos del área de estadística del Hospital Regional Escuela “Asunción” de Juigalpa.

Juigalpa Chontales 18 de Diciembre 2020

Dr. José Francisco Ochoa Brizuela
Director General
HREA

Dr. Ochoa:

Por este medio le solicitamos la autorización y permiso para la revisión de expediente clínicos para nuestro trabajo monográfico que defenderemos en Enero del 2021.

Siendo nuestro tema: Comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia de la primera mitad del embarazo en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el primer semestre del año 2019. Tutor clínico Dr. Pavón. Por lo que necesito la revisión de expediente.

Sin más a que agradecerle, Le deseo éxito en sus labores y que goce de las fiestas navideñas.


Atte


Silvio Douglas Marengo Mora
Medico en Servicio Social II


Marcos Xovany Fernández Pérez
Medico en Servicio Social II

CC: Estadística

*DADO 14/12
PUBRORAN 2020
- 70061400*



Escaneado con CamScanner



FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CHONTALES.

“CORNELIO SILVA ARGÜELLO”

UNAN- FAREM- CHONTALES

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGÍA Y SALUD



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Protocolo de investigación para optar al título de Médico y Cirujano General

**DOSSIER DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN**

“Comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa, Chontales durante el año 2019”

Tutor metodológico: Dra. Karla Patricia Castilla.

Juigalpa, Chontales, enero 2021



Breve contexto del tema de investigación

La hemorragia del primer trimestre es una causa frecuente de motivo de asistencia sanitaria que se relaciona principalmente a formas clínicas de aborto, siendo esta, la cuarta causa de muerte materna en Nicaragua de manera general, pero también pueden ser causas de hemorragia, el embarazo ectópico y el embarazo molar, que de no ser tratados oportunamente, pueden conllevar a morbilidad materna.

La hemorragia del primer trimestre puede ser variable, desde leve hasta grave, en los que se compromete el estado materno-fetal, estos cuadros pueden llegar a ser catastróficos y requieren de un manejo inmediato, oportuno y eficaz ya que puede evolucionar rápidamente a complicaciones derivadas del sangrado que incrementan el riesgo de muerte de la paciente.

En Nicaragua se cuenta con datos estadísticos y con un mapa de muerte materna para conocer los datos precisos del comportamiento de la muerte de mujeres en Nicaragua dentro del contexto de embarazo, parto y puerperio, sin embargo hay pocos datos relacionados al comportamiento de la hemorragia del primer trimestre del embarazo y cómo se presenta en la población del país, ya que mucha de la información de las presentaciones clínicas de la hemorragia del primer trimestre es limitada en cuanto a datos clínicos y epidemiológicos que permitan un conocimiento amplio de dichas patologías.

Objetivo del cuestionario

La investigación se ha dividido en dos fases, la primera fase se realiza en dos momentos. Primero un diagnóstico para la validación de instrumento con expertos, luego con el programa SPSS V. 21 con el análisis de 20 expedientes clínicos que cumplan los criterios establecidos y que no se corresponda con la muestra final. Producto de este diagnóstico, se ha categorizado minuciosamente la información, quedando construido el instrumento, razón por la cual se hace la solicitud para que pueda emitir su valoración sobre esta ficha de recolección de información.

El objetivo en el segundo momento de la primera fase, es obtener estadísticos de fiabilidad y validez para construir un instrumento que pueda aplicarse en los expedientes clínicos después de la validación por experto



Ficha de registro de datos para evaluar el comportamiento clínico y epidemiológicas de las pacientes que presentaron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa en el año 2019

Objetivos

Objetivo General

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológicas de las pacientes que presentaron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa en el año 2019.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características epidemiológicas de las pacientes atendidas.
2. Identificar las principales causas de hemorragia que fueron motivo de atención hospitalaria.
3. Mencionar el comportamiento clínico de las causas de hemorragia y su efecto en el desenlace materno y fetal



Presentación de variables.

A continuación, se presentan las variables epidemiológicas y clínicas que se podrían asociar a la aparición de la hemorragia del primer trimestre de embarazo y que se usarán para el análisis del tema de estudio. Cada ítem tiene su propia escala de valores (algunas dicotómicas y otras policotómicas) que se aplicará a cada expediente que cumpla con los criterios de inclusión para la investigación. Esta se consigna como la propuesta inicial para la ficha de registro de datos.

I. Características epidemiológicas	
Variable	Escala de valores
1. Edad	1. Menor de 20 años 2. 20-34 años 3. Mayor o igual a 35 años
2. Residencia	1. Rural 2. Urbana
3. Estado civil	1. Soltera 2. Separada 3. Casada 4. Viuda
4. Escolaridad	1. Analfabeta 2. Alfabetizada 3. Primaria sin terminar 4. Primaria terminada 5. Secundaria sin terminar 6. Secundaria terminada 7. Universidad sin terminar 8. Universidad terminada
5. Ocupación	1. Ama de casa 2. Doméstica 3. Agricultura y ganadería 4. Otras
6. Antecedentes personales patológicos	1. Hipertensión arterial crónica 2. Diabetes mellitus 3. Cardiopatía 4. Asma bronquial 5. Enfermedad autoinmune 6. Otras

7. Antecedentes personales no patológicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Drogadicción
8. Gestas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta 2. Multigesta 3. Gran multigesta
9. Abortos previos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
II. Características clínicas	
10. Causa de hemorragia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aborto 2. Embarazo ectópico 3. Embarazo molar
12 Atenciones prenatales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. De una a dos 3. De tres a cuatro 4. Más de cuatro
13 Tipo de ingreso a unidad hospitalaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Referida de otra unidad de salud 2. Demanda espontánea
14 Forma clínica de aborto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenaza de aborto 2. Aborto inminente 3. Aborto inevitable 4. Huevo muerto retenido 5. Aborto completo 6. Aborto incompleto 7. Aborto séptico
15 Complicación clínica de ingreso hospitalario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estable 2. Grave
16 Edad gestacional al ingreso hospitalario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 12 SG 2. Mayor de 12 SG
17 Tipo de manejo indicado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico-conservador.

	2. Quirúrgico
18 Ameritó transfusión sanguínea masiva	1. Sí 2. No
19 Grado de shock hipovolémico	1. Grado I 2. Grado II 3. Grado III 4. Grado IV
20 Complicaciones por transfusión sanguínea masiva	1. Sí. 2. No.
21 Transfusión sanguínea no masiva	1. Sí 2. No
22 Complicación clínica	1. Shock hipovolémico 2. CID 3. Sepsis 4. Histerectomía 5. Muerte fetal 6. Anemia aguda 7. Lesiones de órganos vecinos por cirugía. 8. Otras
23 Ingreso a UCI	1. Sí 2. No
24 Intubación orotraqueal	1. Sí 2. No
25 Días de estancia hospitalaria	1. 1-4 días 2. 5-9 días 3. 10 o más días
26 Condición de egreso materno	1. Viva 2. Fallecida

Muchas gracias por su colaboración.

VALIDACION.

A continuación, se solicita su participación como experto en la validación del “*Comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa, Chontales durante el año 2019*”. El objetivo del cuestionario es recoger información sobre comportamiento clínico y epidemiológico de las pacientes con el cuadro clínico. La ficha de recolección de información ha sido elaborada con respecto a las variables descritas por la literatura que se asocian a la hemorragia del primer trimestre.

El instrumento ha sido estructurado en 26 dimensiones

En relación a cada uno de los ítems, en función de dos criterios básicos que definimos a continuación:

PERTINENCIA	Correspondencia entre el contenido del ítem y a dimensión para la cual va a ser utilizado
CLARIDAD	Grado en que el ítem está redactado de forma clara y precisa, facilitando su comprensión por los sujetos encuestados

El valor **0** indica la **mínima** pertinencia o claridad en el ítem, mientras que el **5** indica el **máximo valor** en estos dos criterios.

Al mismo tiempo, en el apartado “Comentario/formulación alternativa” se puede hacer comentarios, observaciones y plantear modos alternativos de formular aquellos ítems que se consideren inadecuados por su falta de claridad o pertinencia.

Agradecemos su colaboración y reiteramos la importancia de sus aportaciones para la validación y mejora del instrumento.

PARTE II: SOBRE LA ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

Por favor, valore las siguientes preguntas teniendo en cuenta la siguiente escala:

0 = Totalmente Inadecuado 5 = Totalmente Adecuado

No	Cuestión a valorar	0	1	2	3	4	5
1.	El número de ítems es...						X
2.	El número de dimensiones es...						X
3.	El balanceo de la escala de valoración de los ítems es...				X		
4.	La forma de responder a los ítems es...				X		
5.	El tipo de escala de respuesta es...						X
6.	El orden en el cual se han colocado los ítems es...						X
7.	La semántica de los ítems es...						X
8.	La sintaxis de los ítems es...						X

9.	¿Cree que se debería eliminar algún ítem?	SI	NO
10.	Si existen uno o varios ítems, que deberían ser eliminados, por favor indique cuáles y justifique brevemente su respuesta. Ocupación: no es una variable que se encuentre íntimamente relacionada al estudio, puede ser omitida.		
11.	¿Cree que se debería incluir algún ítem?	SI	NO
12.	En caso de incluir algún ítem, puede escribirlo y justificar brevemente su respuesta. 1. Para el caso de estado civil, agregar “unión de hecho estable”. 2. Para el caso de escolaridad, resumir los grados académicos en “primaria, secundaria y universidad”. 3. En APP, agregar la opción “ninguna”, puesto que puede haber pacientes sin ningún antecedente. 4. En antecedentes personales no patológicos agregar “violencia” y “ninguna”, pues son escalas válidas y que pueden encontrarse en las pacientes.		

	<p>5. En grados de shock hipovolémico, agregar escala “no aplica”, pues hay pacientes que se evaluarán y que no presentaron shock hipovolémico.</p> <p>6. En complicaciones de transfusión sanguínea agregar “no especificada” y “no aplica” pues hay pacientes a las que no se les administró o puede haber pacientes en las que no se especificó la complicación.</p> <p>7. En transfusión sanguínea masiva, agregar “no aplica” pues hay pacientes en las que no se administró.</p> <p>8. A complicaciones hay que agregarle “ninguna” y omitir muerte fetal.</p> <p>9. A condición de egreso materno, añadir si la paciente egresó con o sin comorbilidad.</p>
--	--

Añada cualquier información o comentario que quiera realizar sobre el Cuestionario

GRACIAS POR SU APORTACIÓN

Fuente de validación: Castillo (2017).

DATOS DEL VALIDADOR

Nombre y apellidos del validador: Dr. Juan Carlos Huembes; Dr. Ruslan Tablada; Dr. Holman Miranda Urbina.

Título profesional: Especialistas en ginecoobstetricia.

Institución y Cargo: Hospital José Niebrowski, Boaco, Boaco.

Dirección de trabajo: médicos asistenciales del servicio de ginecoobstetricia del HJNB.

Fecha de Validación: 05 enero 2021

Firma y Sello del validador: carta anexa.

Validación de instrumento de recolección de información por ginecólogos externos al estudio.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-Managua
FAREM-Chontales

05 Enero 2021

Carta de validación del Instrumento

A quien corresponda.

Por medio de la presente damos a conocer que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al tema Monográfico: comportamiento clínico y Epidemiológico de la Hemorragia del primer trimestre del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa durante el año 2019. Presentado por:

Br.Silvio Douglas Marengo Mora

Br.Marcos Yovany Fernández Pérez

Para optar al título de Médico y Cirujano General, Haciendo constar que se revisó en base a los criterios de inclusión y exclusión, en correlación a los objetivos generales y específicos.

Apruebo en calidad de validador.



Firma del validador



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAM - MANAGUA

Dra. Karla Patricia Castilla, Profesora del Departamento de ciencia tecnología y salud de la Facultad de la Facultas Regional Multidisciplinaria de Chontales "Cornelio Silva Argüello".

INFORMAN

Que Br. Fernández Pérez Marcos Yovany, Br. Marengo Mora Silvio Douglas, han realizado bajo nuestra dirección de Monografía de graduación titulado: Comportamiento y epidemiológico de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo en paciente atendidas en el Hospital Regional escuela "Asunción" Jutgalpa Chontales durante el año 2019 . Presentada para optar al título de Doctor en medicina y cirugía y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de monografía de graduación. Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Jutgalpa a 21 de Enero del 2021.



Karla P. Castilla
C.I. 99999999-9
C.E. 12345678901234567890
C.E. 12345678901234567890

Prof. Dra. Karla Patricia Castilla

VALORACIÓN DOCENTE

Al Honorable Jurado Examinador:

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que he conducido y facilitado el proceso de elaboración del protocolo de investigación en el marco del Seminario de Graduación, con el tema de investigación:

“comportamiento clínico y epidemiológico de la Hemorragia del primer trimestre del embarazo en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2019”

El presente Informe Final ha sido elaborado por los estudiantes de la carrera de Medicina:

Br. Marcos Yovany Fernández Pérez.

Br. Silvio Douglas Marengo Mora

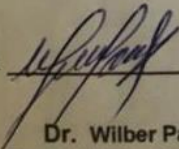
Quienes, a lo largo del todo el trabajo han dado muestras de constancia, dedicación y esmero en el proceso de elaboración del presente trabajo, atendiendo de manera diligente las observaciones y recomendaciones que por mi parte les compartí, durante las sesiones.

Particularmente han mostrado perseverancia, entusiasmo y capacidad técnica en el proceso creativo de Monografía. Lo anterior se confirma en que los procedimientos y prácticas efectuadas por los jóvenes se ajustaron a los parámetros científico-técnicos aplicados a la labor investigativa, lo cual es comprobable en el abordaje de los problemas planteados.

Por lo antes expuesto, no tengo reservas en remitir el presente Trabajo de Investigación al honorable Jurado Examinador, a fin de cumplir los requisitos exigidos por nuestra Alma Mater en la Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales, para que los autores arriba mencionados, accedan al procedimiento establecido para la consecución del título de Médico y Cirujano General.

Sin más que agregar, aprovecho la ocasión para reiterar mis altas consideraciones de respeto y estima a los(as) integrantes del Honorable Jurado Examinador.

Atentamente.



Dr. Wilber Pavón Baldelomar
Especialista en Gineco-Obstetricia
Tutor clínico
UNAN-FAREM Chontales



Instrumento de recolección de información validado.

Comportamiento clínico y epidemiológico de la hemorragia del primer trimestre de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela “Asunción” Juigalpa, Chontales durante el año 2019.



I. Características epidemiológicas.

1. Edad:
- Menor de 20 años.
 - 20-34 años.
 - Mayor o igual de 35 años.
2. Tipo de residencia:
- Urbana.
 - Rural.
3. Estado civil:
- Soltera
 - Separada.
 - Casada.
 - Unión de hecho estable.
 - Viuda.
4. Escolaridad:
- Analfabeta.
 - Alfabetizada.
 - Primaria.
 - Secundaria.
 - Universidad culminada.
5. Antecedentes personales patológicos.
- Hipertensión arterial.
 - Diabetes mellitus.
6. Antecedentes personales no patológicos.
- Tabaquismo.
 - Alcoholismo.
 - Drogadicción.
 - Violencia.
 - Ninguno.
7. Antecedentes ginecoobstétricos.
- 7.1. Gestas
- Primigesta.
 - Multigesta.
 - Gran multigesta.
- 7.2. Abortos.
- No.
 - Sí.
- II. Perfil clínico.**
8. Atenciones prenatales.
- Ninguna.
 - De una a dos.

- De tres a cuatro.
 Más de cuatro.
9. Tipo de ingreso a unidad hospitalaria:
10. Causa de hemorragia:
 Aborto.
 Embarazo ectópico.
 Embarazo molar.
11. Si fue por aborto, ¿Cuál forma clínica?
 Amenaza de aborto con sangrado.
 Aborto inminente.
 Aborto inevitable.
 Huevo muerto retenido.
 Aborto completo.
 Aborto incompleto.
 Aborto séptico.
12. Condición clínica de ingreso hospitalario:
 Estable.
 Grave.
13. Edad gestacional al ingreso hospitalario:
 Menor de 12 SG.
 12-22 SG.
14. Tipo de manejo indicado:
 Médico-conservador.
 Quirúrgico de emergencia.
15. Ameritó transfusión sanguínea masiva.
 Sí.
 No.
16. En caso de shock hipovolémico, ¿grado de shock hipovolémico?
 Grado I.
 Grado II.
 Grado III.
 Grado IV.
17. Hubo complicaciones asociadas a la transfusión sanguínea.
 Sí.
 No
- Referida de otra unidad de salud.
 Demanda espontánea.
18. Necesidad de ingreso a UCI.
 Sí
 No.
19. Necesidad de entubación orotraqueal.
 Sí
 No
20. Ameritó transfusión sanguínea de manera no masiva.
 Sí.
 No.
21. Complicación presentada.
 Ninguna.
 Shock hipovolémico.
 CID.
 Sepsis.
 Histerectomía.
 Anemia aguda.
 Muerte fetal.
 Lesiones de órganos vecinos en manejo quirúrgico.
 Otras,
 especificar _____

22. Días de estancia hospitalaria:
 1-4 días.
 5-9 Días
 10 o más días
23. Condición de egreso materno:
 Viva sin comorbilidad.
 Viva con comorbilidad.
 Fallecida.

Tabla Nº 1: edad.

Grupo según edad

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor de 20 años	12	17.6	17.6	17.6
Entre 20-34 años	48	70.6	70.6	88.2
Mayor o igual de 35 años	8	11.8	11.8	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 2: residencia

Grupo de paciente según tesidencia

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rural	38	55.9	55.9	55.9
Urbano	30	44.1	44.1	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 3: estado civil.

Grupo de paciente según estado civil

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	15	22.1	22.1	22.1
Separada	2	2.9	2.9	25.0
Unión de hecho estable	47	69.1	69.1	94.1
Casada	4	5.9	5.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 4: escolaridad.

Grupo de paciente según escolaridad

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeta	2	2.9	2.9	2.9
Primaria	40	58.8	58.8	61.8
Secundaria	22	32.4	32.4	94.1
Universidad terminada	4	5.9	5.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 5: antecedentes personales patológicos.

Grupo de pacientes según antecedentes personales patológicos

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
Hipertensión arterial crónica	3	4.4	4.4	4.4
Diabetes mellitus	1	1.5	1.5	5.9
Otra	3	4.4	4.4	10.3
Ninguno	61	89.7	89.7	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 6: antecedentes personales no patológicos.

Grupo de pacientes según antecedentes personales no patológicos

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	68	100.0	100.0	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 7: gestas.

Grupo de pacientes según gestas

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primigesta	21	30.9	30.9	30.9
Multigesta	37	54.4	54.4	85.3
Gran multigesta	10	14.7	14.7	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 8: abortos previos.

Grupo de pacientes según abortos previos

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	9	13.2	13.2	13.2
No	59	86.8	86.8	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 9: causas de hemorragia.

Grupo de pacientes según causa de hemorragia

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Aborto	56	82.4	82.4	82.4
Embarazo ectópico	8	11.8	11.8	94.1
Enfermedad trofoblástica gestacional	4	5.9	5.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 10: atenciones prenatales.

Grupo de pacientes según atenciones prenatales

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	19	27.9	27.9	27.9
De una a dos	47	69.1	69.1	97.1
De tres a cuatro	2	2.9	2.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 11: tipo de ingreso hospitalario.

Grupo de pacientes según tipo de ingreso hospitalario

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Demanda espontánea	53	77.9	77.9	77.9
Referida de otra unidad de salud	15	22.1	22.1	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 12: forma clínica de aborto.

Grupo de paciente según forma clínica de aborto

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Amenaza de aborto	17	25.0	25.0	25.0
Huevo/feto muerto retenido	19	27.9	27.9	52.9
Aborto incompleto	17	25.0	25.0	77.9
Aborto completo	5	7.4	7.4	85.3
No aplica	10	14.7	14.7	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 13: condición clínica al ingreso.

Grupo de paciente según condición clínica al ingreso

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estable	68	100.0	100.0	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 14: edad gestacional al ingreso

Grupo de paciente según edad gestacional al ingreso

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor a 12 SG	49	72.1	72.1	72.1
Entre 12-22 SG	19	27.9	27.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 15: tipo de manejo indicado.

Grupo de paciente según tipo de manejo indicado

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Manejo conservador	19	27.9	27.9	27.9
Quirúrgico	49	72.1	72.1	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 16: ameritó transfusión masiva.

Grupo de paciente que ameritó transfusión masiva

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	1	1.5	1.5	1.5
No	67	98.5	98.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 17: grado de shock hipovolémico.

Grupo de paciente según grado de shock hipovolémico

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Grado I	1	1.5	1.5	1.5
Ninguno	67	98.5	98.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 18: complicaciones por transfusión masiva.

Grupo de pacientes según complicaciones por transfusión masiva

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	3	4.4	4.4	4.4
No aplica	65	95.6	95.6	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 19: ameritó transfusión sanguínea no masiva**Grupo de paciente que ameritó transfusión sanguínea no masiva**

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	2	2.9	2.9	2.9
No	66	97.1	97.1	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla № 20: complicación presentada.**Grupo de pacientes según complicación presentada**

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	51	75.0	75.0	75.0
Shock hipovolémico	1	1.5	1.5	76.5
Sepsis	3	4.4	4.4	80.9
Histerectomía	1	1.5	1.5	82.4
Anemia aguda	9	13.2	13.2	95.6
Otras	3	4.4	4.4	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 21: necesidad de ingreso a UCI.

Grupo de pacientes según necesidad de ingreso a UCI

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	2	2.9	2.9	2.9
No	66	97.1	97.1	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla Nº 22: necesidad de intubación orotraqueal.

Grupo de pacientes según necesidad de intubación orotraqueal

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	68	100.0	100.0	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 23: días de estancia hospitalaria.

Grupo de pacientes según días de estancia hospitalaria

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-4 días	67	98.5	98.5	98.5
5-9 días	1	1.5	1.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 24: condición de egreso materno.

Grupo de pacientes según condición de egreso materno

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Viva sin comorbilidad	61	89.7	89.7	89.7
Viva con comorbilidad	7	10.3	10.3	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes Clínicos

