

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO**



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**“HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO 2019”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

AUTORA: Paucar Del Castillo, Marcela

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2021

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P39

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40655141

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 02:00 horas del día 22 del mes de noviembre del año 2021, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Mg. Mariella Quiroz Tucto, **Presidenta**, Dra. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**, Mg. Marisol Sinche Alejandro, **Vocal**. Se reunieron el sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet integrado por los docentes:

Nombrados mediante RESOLUCIONES N° 1796-2021-D-FCS-UDH de fecha 15 de noviembre del 2021, para evaluar la Tesis intitulada: **“HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO 2019”**, presentado por doña: **Marcela PAUCAR DEL CASTILLO**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobada Por Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **Bueno**.

Siendo las 14:45 horas del día 22 de noviembre del año 2021, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Mg. Mariella Quiroz Tucto

SECRETARIA

Dra. Maricela Marcelo Armas

VOCAL

Mg. Marisol Sinche Alejandro

DEDICATORIA

A mi madre, hijos y mi esposo porque nunca dejaron de creer en mis metas y triunfos.

AGRADECIMIENTO

Al todo poderoso por brindarme fortaleza, seguridad y sabiduría para vencer las vicisitudes que surgieron durante todo el proceso de investigación.

A toda mi familia por su gran tolerancia y brindarme un soporte económico y emocional durante el proceso de realización de mi investigación.

A las personas que me ofrecieron su apoyo y tiempo desinteresado en el inicio, ejecución y futura culminación de esta investigación.

A mi asesor, Dr. Juana Irma Palacios Zevallos por su apoyo científico, moral, incondicional e inagotable en el desarrollo y culminación del presente trabajo académico de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY.....	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I.....	12
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del Problema.....	13
1.3. Objetivo	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.4. Objetivos Específicos	14
1.5. Trascendencia de la investigación/Justificación de la investigación..	14
1.6. Limitaciones de la investigación	15
1.7. Viabilidad de la investigación	15
CAPÍTULO II	16
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de la Investigación	16
2.1.1. Antecedentes internacionales	16
2.1.2. Antecedentes nacionales	19
2.2. Bases Teóricas.....	22
2.3. Definiciones Conceptuales	34
2.4. Sistema de Hipótesis.....	35
2.5. Sistema de Variables	35
2.5.1. Variable dependiente	35
2.5.2. Variable Independiente	35
2.6. Operacionalización de Variables	36
CAPÍTULO III	37
3. MARCO METODOLÓGICO	37

3.1. Tipo de investigación.....	37
3.1.1. Enfoque.....	37
3.1.2. Alcance o nivel	37
3.1.3. Diseño.....	37
3.2. Población y muestra	37
3.2.1. Población	37
3.2.2. Muestra	38
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	38
3.3.1. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	38
CAPÍTULO IV.....	40
4. RESULTADOS	40
4.1. Antecedentes Obstétricos:	45
DISCUSION	55
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. EDAD	40
Tabla N° 3. RELIGIÓN.....	41
Tabla N° 4. ESTADO CIVIL	42
Tabla N° 5. PROCEDENCIA.....	43
Tabla N° 6. OCUPACION	44
Tabla N° 7. Atención prenatal:	45
Tabla N° 8. Paridad.....	46
Tabla N° 9. Enfermedades previas	47
Tabla N° 10. Edad gestacional	48
Tabla N° 11. Diagnóstico	49
Tabla N° 12. Antecedentes de aborto	50
Tabla N° 13. Tratamientos	51
Tabla N° 14. Complicaciones.....	52
Tabla N° 15. Condición al Egreso.....	53
Tabla N° 16. Estancia Hospitalaria	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. EDAD	40
Gráfico N° 2. RELIGIÓN	41
Gráfico N° 3. ESTADO CIVIL.....	42
Gráfico N° 4. PROCEDENCIA	43
Gráfico N° 5. OCUPACION.....	44
Gráfico N° 6. ATENCIÓN PRE NATAL	45
Gráfico N° 7. PARIDAD	46
Gráfico N° 8. ENFERMEDADES PREVIAS	47
Gráfico N° 9. EDAD GESTACIONAL	48
Gráfico N° 10. DIAGNÓSTICO	49
Gráfico N° 11. ANTECEDENTES	50
Gráfico N° 12. TRATAMIENTO	51
Gráfico N° 13. COMPLICACIONES	52
Gráfico N° 14. CONDICIÓN DE EGRESO	53
Gráfico N° 15. ESTANCIA HOSPITALARIA	54

RESUMEN

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

Palabras claves: Hemorragias, primera mitad del embarazo, gestantes

SUMMARY

The study carried out entitled HEMORRHAGES OF THE FIRST HALF OF PREGNANCY IN PREGNANTS ATTENDED AT THE HERMILIO VALDIZAN MEDRANO REGIONAL HOSPITAL OF HUANUCO 2019. The General Objective was to determine the hemorrhages of the first half of pregnancy in pregnant women treated at the Hermilio Valdizan Medrano regional hospital. 2019. We worked with a sample of 295 patients with the aforementioned pathology, reaching the end of the study with the following results: Ages of the patients between 20 and 25 years old, with 30%; Catholic religion, with 50%. 53% marital status of cohabitants. Origin, urban areas with 73%. 45% of the study group were housewives. 69% did not have prenatal care. 48% were multiparous. 57% stated that they did not have any disease prior to the current one. The highest percentage were from 8 to 10 weeks with 28%. Diagnosis, with 35% were abortions, with 30% ongoing abortion. History, 29% having a history of uterine curettage or AMEU while 55% found that they had no pathology. 86% finished with surgical treatment, while 14% received medical treatment. After treatment, they did not present any complications with 54%. 60% of patients finished with the healthy condition. 53% were hospitalized for 1 to 2 days.

Key words: Bleeding, first half of pregnancy, pregnant

INTRODUCCIÓN

La morbi mortalidad de las madres sin duda, va a representar; para la Organización Mundial de la Salud uno de los indicadores más sensibles de salud, dentro de toda la población femenina en el período de la reproducción humana.

Bajo este contexto de salud materna, y desde más de dos décadas, las organizaciones nacionales e internacionales, en su totalidad y que están directamente relacionadas al trabajo de la salud de la población en general y de manera particular de la salud materna, evidenciaron la importancia y la necesidad de instaurar trabajos consensuados e interesadas, con el propósito de comprimir los decesos de las madres a niveles de todo el mundo, y preponderantemente en las naciones en vías de desarrollo.

De acuerdo a estudios realizados, que indican que los embarazos que se presentan en edades avanzadas de las madres y el aumento de casos de cesáreas, son factores asociados a la presencia de patologías ligadas a la presencia de hemorragias obstétricas. (1)

Se conoce, de acuerdo a informaciones que las hemorragias que ocurren durante los tres primeros meses de embarco son en porcentaje de más o menos entre el 15 al 25% del total de embarazos, simbolizando una de las primordiales causas que producen las atenciones en los servicios de emergencias obstétricas de todos los establecimientos sanitarios, ya sean públicos o privados, siendo el aborto bajo sus diversos tipos la fundamental causa de estas complicaciones.

Desde mucho tiempo ya se viene definiendo a las hemorragias posteriores al parto a la pérdida de sangre mayores a los 500cc luego del parto vaginal y el de 1000cc luego de haberse realizado la cesárea. Sin embargo, a la fecha tenemos otra definición en cuanto a las hemorragias que nos dice que se considera hemorragia cuando se presenta la pérdida de sangre representa el 10% de caída en los niveles de hemoglobina de la mujer, pero también debemos considerar que el cálculo exacto de las cantidades es difícilmente calculables o cuantificables.

Ante estas circunstancias se han tomado en cuenta diferentes criterios a fin de relajar el diagnóstico adecuado, considerando en primer lugar la disminución, del 10% o mayor a este porcentaje, en el desequilibrio hemodinámico, asimismo la necesidad de requerir una transfusión de sangre, entre otros.

Se tiene conocimiento, que el sangrado durante en cualquier etapa de la gestación, suelen representar una causa primordial y muy potencial para que haya morbi mortalidad materna, producida esta hemorragia por diversas causas, como ser durante la primera mitad del embarazo los abortos y durante la segunda mitad la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta como causas fundamentales de la hemorragia en el embarazo. (2)

De acuerdo a la información proporcionada por el Ministerio de Salud del Perú, las fundamentales causas de mortalidad materna en nuestro país están en primer lugar las hemorragias, seguidas por las enfermedades hipertensivas del embarazo, las infecciones y el aborto. La pérdida sanguínea obstétrica es un acontecimiento que se manifiesta durante el embarazo, parto y puerperio, que ponen en peligro la salud de la madre. (3)

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El sangrado vaginal en pacientes obstétricas está referido a las hemorragias que presentan las embarazadas durante cualquier período de la etapa gestacional (gestación, parto o puerperio), viene a ser un sangrado que suele aparecer ya sea a través de los genitales externos de la mujer embarazada y más aún una hemorragia intra abdominal que es mucho más peligrosa.

La presencia de un sangrado en muchas ocasiones suelen ser eventos propios de la gestación, sin embargo, en otras situaciones ya son causas de hemorragias voluminosas, que representan una causa primordial para que se presente o aumentes la morbi mortalidad de la madre. (4)

Por otro lado, sabemos que la mortalidad materna representa un indicador de progreso económico de una nación y que nos admite evidenciar las desigualdades sociales, las inequidades de género y las respuestas de los sistemas de salud. De acuerdo a la OMS en todo el planeta, ocurren alrededor de quinientas mil muertes materna, de dichas muertes el 25% pertenecen a decesos provocados por hemorragias, especialmente durante el post parto, luego siguen las defunciones causadas por toxemias, seguidas por las infecciones y aborto. En nuestra patria, de acuerdo a la información proporcionada por la oficina General de Epidemiología del MINSA, nos reportan que diariamente se producen dos muertes maternas como consecuencia de las complicaciones ocasionadas en los periodos del embarazo, parto y puerperio, teniendo presente que estas complicaciones no predecibles, sin embargo, dichas complicaciones en su mayoría son EVITABLES si se manejan en forma adecuada, eficaz y eficiente a la mujer durante las etapas del embarazo, parto y puerperio. También es necesario señalar, que las muertes

maternas, representan una de las más importantes preocupaciones de la Salud Pública y simboliza un importante indicador para evaluar la calidad asistencial en salud, indicador que admite, también, establecer las diferencias sociales y económicas entre los países. (5)

La presencia de complicaciones ocasionadas por hemorragias durante la gestación, el parto o el puerperio, simbolizan una de los elementos más importantes como causa de morbi mortalidad materna en nuestro país y aún continúa siendo la primera causa a nivel mundial.

Los sangrados durante la gestación son entendidos como todo evento hemorrágico que se presenta durante todo el tiempo que transcurre el embarazo, se tiene conocimiento por informaciones proporcionadas por la OMS que un 10% de las embarazadas presentan sangrado por vía vaginal en algún momento de su gestación, específicamente durante el primer trimestre, siendo este sangrado mucho más frecuente en embarazo múltiple. (6)

Clásicamente la presencia de las hemorragias durante la gestación se ha clasificado en dos grandes dos grupos: A las que se manifiestan durante los tres primeros meses del embarazo y a las que se presentan en durante los tres últimos meses del embarazo. Las hemorragias que se presentan durante los tres primeros meses del embarazo tienen como fundamentales causas que la ocasionan, el aborto en todos sus tipos, también están los embarazos ectópicos y los embarazos molares. Asimismo, pudieran existir otras causas distintas, que pudieran ocasionar el sangrado vaginal en la mujer embarazada siendo por ejemplo las lesiones en la región vaginal o a nivel del cuello uterino. (7)

1.2. Formulación del Problema

Frente a la problemática descrita, nos planteamos el siguiente problema de estudio:

¿Cuáles son las causas de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019?

1.3. Objetivo

1.3.1. Objetivo General

Determinar las hemorragias de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.

1.4. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.
- Determinar los días de hospitalización que demandaron a las gestantes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.

1.5. Trascendencia de la investigación/Justificación de la investigación

Las dificultades hemorrágicas en las etapas de la gestación, parto y puerperio, vienen a simbolizar una de las primordiales causas de morbilidad y mortalidad de madres en nuestro país, con graves consecuencias para el bienestar de la salud tanto de la madre y el producto de la gestación, estos problemas están unidos a las dificultades en el acceso y a la deficiente capacidad resolutive en los establecimientos de salud. Es por ello que con el presente trabajo de investigación se pretende coadyuvar, con la información de estos

problemas en nuestra región y que los responsables de la atención materna, adopten las medidas adecuadas para dar solución a este problema de salud.

1.6. Limitaciones de la investigación

Como todo trabajo de investigación, el nuestro estará también dependiente a ciertas limitaciones, como ser: que el trabajo estará centrado en un solo establecimiento de salud, asimismo tendrá sesgos en el recojo de la información, ya que todos los datos que se requieren no estarán disponibles.

Por otro lado, se cuenta con poco apoyo de asesores externos, también la poca disponibilidad de tiempo con que se cuenta, como también el limitado acceso a la información.

1.7. Viabilidad de la investigación

El trabajo se torna viable por el interés y la responsabilidad de la investigadora y la colaboración de personas que en forma desinteresada me brindan su apoyo.

De igual manera se cuenta con la disponibilidad económica que estará netamente a cargo de la responsable de la ejecución del trabajo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

ALARCÓN HERRERA JACQUELINE ESTEFANÍA. - Desarrolló un trabajo investigativo relacionado a las complicaciones que estuvieron asociados a las hemorragias en gestantes durante los tres primeros meses del embarazo, estudio realizado en la ciudad de Ecuador, donde al finalizar su trabajo la autora reportó los siguientes resultados: Referente a los objetivos trazados en relación a las características epidemiológicas de la población que estudió, y que presentaron cuadros de hemorragia durante los tres primeros meses de gestación, hallaron la etnia, siendo la que mayormente prevaleció la mestiza, el grado de instrucción fueron los de niveles básicos, continuado de los que tuvieron el bachillerato, el tipo de ocupación que encontraron fue el de amas de casa mayoritariamente, en cuanto a la edad de las pacientes estudiadas encontraron que la edad promedio fue la de los 27 años. Por otro lado, en cuanto a las particularidades clínicas que hallaron en las historias clínicas de las mujeres del grupo de estudio, encontraron la multiparidad, los abortos previos al embarazo, la edad gestacional encontrada tuvo una prevalencia de entre las 8 y las 20 semanas. Los exámenes de apoyo diagnóstico realizadas a las pacientes, encontraron que fueron las ecografías obstétricas y ecografías transvaginales, donde hallaron como resultados diagnósticos el aborto y los embarazos ectópico y molares.

Igualmente, la investigadora reporta como resultado hallado en su estudio, como primordiales complicaciones derivadas de las hemorragias, en las mujeres estudiadas, estuvieron las anemias, las sepsis, el shock hipovolémico, el edema agudo de pulmón, que inclusive dicha patología a conllevado al deceso a la mujer, aunque representó este un solo caso, durante el período estudiado, pero que no excusa la

debida importancia que se debe brindar al caso. Por otro lado, también identificaron la necesidad de tener una guía orientadora convenientemente diseñada para aplicarlas y sensibilizar a las mujeres gestantes sobre las complicaciones encontradas, y así coadyubar a la disminución de esta patología. (8)

MENDOZA JUÁREZ MARÍA EUGENIA MARGARITA: Investigadora que efectuó un estudio sobre enfermedades y muertes causadas por hemorragias en un hospital de México, donde al término de su trabajo, encontró en primer lugar a los factores asociados a la presencia de las hemorragias obstétricas, en la población que fue motivo de estudio fueron primordialmente la multiparidad, las enfermedades hipertensivas del embarazo, la rotura prematura de las membranas ovulares, las operaciones de cesárea previas. Sin embargo, también identificaron que un buen porcentaje de la presencia de las hemorragias que se presentaron durante el postparto ocurrieron en mujeres que no mostraron ningún factor de riesgo que pudieran identificar. Las muertes de las madres, manifiesta la investigadora, pudiera ser evitada, en gran medida, a través del diagnóstico e identificación temprana de los elementos de peligro de las mujeres embarazadas, puesto que permitiría instaurar un grado de prevención primaria en aquella población que presenta el mayor riesgo de presentar esta patología y evitar sus complicaciones, pudiendo de igual forma establecer el manejo adecuado y oportuno.

Por otro lado, señala la autora, que en el desarrollo de su trabajo encontró limitaciones en cuanto a la mutabilidad de enunciaciones aplicadas por los tratantes, así por ejemplo como el de no tener claro la definición estándar relacionado a la cuantificación del sangrado. Por lo que señala la autora, que es importante que los proveedores de salud, tengan acceso a guías y protocolos, nacionales e internacionales, que contengan información adecuada para la prevención y el manejo de estas patologías, para que de esta forma las mujeres reciban la debida atención que necesitan.

Una de las conclusiones a la que llegó la investigadora fue que las hemorragias que se presentan durante el postparto, son causas muy rápidas e impredecibles de mortalidad de las madres a nivel del todo el mundo y que la información existente actualmente indica que en los lugares donde cuentan o haya personal competente y capacitado y que cuentan con el equipamiento adecuado para el manejo de estas hemorragias que se presentan durante el tercer período del parto, disminuirá en gran medida la incidencia de la presencia y de las complicaciones causadas por esta patología y en aquellos casos que no puedan prevenirse efectuar solicitar una intervención inmediata de personal de salud debidamente competentes y capacitados. En aquellos lugares donde existan elevadas tasas de muertes de madres y donde los recursos son limitados, la inmersión de habilidades de pequeño costo fundadas en las certezas para prevenir y operar la hemorragia postparto puede mejorar la conservación de la salud del binomio madre-niño. (9)

RUIZ-ROSAS, ROBERTO A, CRUZ-CRUZ, POLITA DEL ROCÍO TORRES-ARREOLA LAURA DEL PILAR: estos investigadores realizaron un estudio referente a la mortalidad materna como consecuencia de las hemorragias obstétricas, donde al finalizar la investigación encontraron resultados que evidenciaron que del total de las muertes maternas que se analizaron el 65,6% tuvo hemorragia obstétrica como factor principal, el 34,4% de las muertes analizadas fueron como consecuencia de hemorragias graves, encontrando por otro lado, que las edades de las mujeres que murieron el mayor porcentaje correspondió a los 30 a 39 años, el término de las gestaciones, reporta el estudio, fueron con operación cesárea. Asimismo, los resultados reportados de estudio nos dicen que los factores asociados a las muertes maternas fueron predominantemente el acretismo placentario y la atonía uterina. Igualmente, los estudiosos llegaron a la conclusión que esta complicación (hemorragia) se presentaron durante todas las etapas del embarazo (embarazo, parto y puerperio) lo que representa el segundo lugar de causa en muerte materna en la ciudad estudiada (México). De la misma manera concluyen, que es de necesidad la continuación de

seguir aplicando las estrategias de capacitación a los especialistas en ginecoobstetricia, para de esa manera mejorar sus competencias en el manejo clínico y quirúrgico de las mujeres embarazadas que presentan hemorragia. (10)

SUMBA JADAN LOURDES ELIZABETH: Realizó un trabajo de investigación, relacionada con la prevalencia de las hemorragias obstétricas durante los tres primeros meses de la gestación, Teniendo como propósito el de saber cuáles fueron las primordiales causas que originaban las hemorragias durante los tres primeros meses de la gestación, con tal finalidad se plantearon como objetivos: En primer lugar Descubrir las causa de estas complicaciones, aplicar las evidencias científicas que se encuentran disponibles para su manejo, saber de fuentes oficiales sobre el nivel de incidencia y Saber las estrategias para evitarlas. El estudioso llegó a la conclusión de que el mayor porcentaje de la población estudiada tenían la condición de ser multigestas, y en cuanto a la edad que tenían fueron la gran mayoría menores de 20 años, igualmente, determinaron que el mayor porcentaje fueron provenientes de las zonas urbano marginales, en cuanto a la edad gestacional que presentaron la complicación eran las de 7 a 10 semanas de gestación, a la gran mayoría que tuvieron dicha hemorragia, fueron diagnosticadas con aborto incompleto. Asimismo, se determinó que ninguno de los establecimientos de salud contaba con un medio de transporte para garantizar el traslado oportuno de las pacientes, como tampoco contaban con una red de comunicación apropiada. (11)

2.1.2. Antecedentes nacionales

VILLANUEVA CARASSA JUAN MARTÍN: El presente estudioso realizó un trabajo investigativo sobre la relación que existe entre la hemorragia vaginal durante los tres primeros meses del embarazo y la presencia de parto pretérmino en un Hospital de nuestra capital, durante el año 2018, donde al finalizar el trabajo llegó a las conclusiones siguientes: Que la presencia de una hemorragia vaginal durante los tres primeros meses de la gestación viene a ser un elemento de riesgo para

la ocurrencia de un parto pretérmino, pero que no es considerado estadísticamente significativo, más bien representa un elemento de peligro para que pueda ocurrir el parto pretérmino moderado. Asimismo, concluye, el investigador, que la presencia del sangrado vaginal masivo durante el primer trimestre del embarazo no representa factor de riesgo para la ocurrencia de un parto pretérmino extremo, lo que significa que las hemorragias durante los tres primeros meses del embarazo, no son significativamente factores de riesgo para que se presente posteriormente un paro antes de la edad gestacional necesaria. (12)

DILAS QUISPE KATHERINE YANEL: Estudiosa que efectuó una investigación sobre la importancia de prevenir una hemorragia para tener un recién nacido con un futuro sano, inicia señalando que las hemorragias representan una de las complicaciones mas graves durante la gestación, presentando altas tasas de enfermedad y muerte materna perinatal, cifras que son estimadas a nivel de todo el mundo de entre 6 a 10% a nivel del mundial, igualmente, señala que a nivel de nuestro país, las tasas son las más elevadas con el 11.9%, esto como consecuencia a diversos elementos o determinantes como son biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos que inciden en ellas, y alcanzan a ocurrir en cualquier instante del embarazo , en cualquier embarazo y en cualquier edad de las pacientes. Poseemos tres tipos de hemorragias que se catalogan de acuerdo al tiempo del embarazo, Teniendo por lo tanto la siguiente clasificación: Primero, las hemorragias que ocurren durante los tres primeros meses del embarazo, que ocurre generalmente producida por el aborto, el embarazo ectópico y los embarazos molares. Luego tenemos, como segundo lugar, las hemorragias que ocurren durante el 4to, 5to y 6to mes de la gestación, hallamos la presencia de hemorragias producidas por la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y por último las hemorragias que ocurren durante el post parto, que se presentan como consecuencia de una atonía uterina y retención total o parcial de la placenta. Concluye la investigadora que al finalizar el estudio pudo identificar los clases de hemorragias, clasificación que es muy importante para el manejo de estas complicaciones, de igual manera

acota sobre la importancia que tienen las atenciones prenatales para la prevención de presencia de daños, tanto para la madre como para el producto de la gestación y recomienda que como profesionales de la salud que están a cargo de la atención del binomio madre niño sepan reconocer las causas y el manejo adecuado de cualquier tipo de estas complicaciones durante la gestación. (13)

ACHO MEGO SEGUNDO CECILIO Y COLAB.: Realizaron un trabajo de investigación sobre las hemorragias durante al segunda mitad de la gestación, en el cual al término del desarrollo de su investigación, arribaron a los siguientes resultados: Del total del instrumento de recolección de datos analizados, que fueron las historias clínicas, encontraron que el 1,68% fueron las que presentaron la complicación, en cuanto a las edades de las embarazadas con presencia de hemorragia durante la segunda mitad de gestación estuvieron entre los 14 y 43 años, lo que significó que no hubo una edad prevalente de presentar la complicación, igualmente, los resultados obtenidos en el trabajo demostraron la presencia de hemorragias causadas por desprendimiento prematuro de placenta, por placenta previa, por ruptura uterina, entre otras causas. En relación demostraron en los resultados que la gran mayoría de las embarazadas tuvo atenciones prenatales y todas ellas pertenecían a las edades gestacionales de entre 30 a 40 semanas, en cuanto a la hospitalización de las pacientes que necesitaron de ello, los días variaron de 3 a 20 días, en esta situación identificaron 16 muertes fetales. Finalmente concluyen los investigadores, que durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio el 1,68% de total de la población estudiada y que presentaron hemorragias durante la segunda mitad del embarazo, teniendo como consecuencia la presencia de enfermedad y muerte materna perinatal. (14)

ARAMBURU MARTINEZ NAYET: Investigadora que realizó un estudio la amenaza de aborto y la presencia de hemorragia en Apurímac, durante el año 2017, quien al finalizar el trabajo efectuado llegó a las siguientes conclusiones: En primer lugar, manifiesta que la vida del ser

humano empieza en el instante que se produce la fertilización. En segundo lugar, concluye que la amenaza de aborto constituye una complicación del embarazo donde existe la presencia de sangrado vaginal procedente del útero materno antes de cumplirse las veintidós semanas de embarazo, esto puede darse con o sin presencia de contracciones uterinas, sin presencia de dilatación cervical y sin haberse producido la expulsión de alguna parte del producto de la concepción. Las sintomatologías comprenden amenorrea secundaria, presencia de vitalidad fetal y cólicos ventrales con o sin sangrado vaginal entre otros. Para realizar el diagnóstico se puede realizar una ecografía abdominal o vaginal, examen pélvico y de laboratorio. De la misma manera, para el procedimiento siempre se encomienda quietud en cama y reposo pélvico. El vaticinio es bueno cuando se solucionan la hemorragia y el dolor cólico. (15)

2.2. Bases Teóricas

Dentro de las hemorragias que se producen en los tres primeros meses de la gestación, la causa primordial que las originan son los abortos, en sus diferentes tipos, también están el embarazo ectópico y las enfermedades trofoblásticas gestacionales.

El Aborto. – Constituya la finalización de una gestación antes de que ésta cumpla las 22 semanas, cuando se conoce la edad gestacional; peso si ésta no se conociera, es cuando se expulsa al feto con un peso menor a 500 gramos. Esta patología está representada por la presencia de una hemorragia en el transcurso de los tres primeros meses del embarazo, pudiendo estar acompañada de la presencia de un dolor en zona del hipogastrio que va en aumento conforme evoluciona la dilatación cervical. Es un proceso progresivo que emprende con la amenaza de aborto y concluye con la eliminación parcial o total del contenido uterino.

La determinación o el diagnóstico se realiza por una sospecha o de acuerdo a los hallazgos en la historia clínica y al realizar el examen

pélvico. Las modificaciones que se presentan en relación a la actividad uterina, como en el cérvix, así, como la presencia del sangrado van a establecer la etapa en que se encuentra el aborto. Conforme a la evolución del cuadro clínico esta patología se clasifica en: amenaza de aborto, aborto incompleto, aborto completo, aborto retenido y pérdida recurrente de la gestación. (16)

Se debe de brindar una atención integral, en cualquiera que sea el tipo de aborto, dentro de ellas debe estar incluida la aspiración Manual Endo uterina, o el legrado uterino dependiendo de las condiciones que se presenta. Por otro lado, también se deben de solicitar examen completo de laboratorio, incluido sangre y orina y ofertar la consejería sobre la metodología anticonceptiva y el suministro del método escogido.

Brindar el apoyo psicológico necesario

Estudio y procedimiento de la posible causa del aborto

El seguimiento y el control postaborto (17)

Amenaza de Aborto. - patología que suele presentarse con sangrado leve durante varios días de evolución, acompañado de dolores a nivel del hipogastrio, que pueden ser de intensidad moderada y con el cérvix cerrado. La conducta en estos casos generalmente es ambulatoria el manejo, siendo de necesidad realizar el siguiente protocolo:

- Requerir de una ecografía pélvica
- Estimular la sedación
- Establecer reposo en cama por 48 horas primariamente
- Manifestar la importancia de evadir la actividad sexual
- Realizar el tratamiento médico de la causa y. las patologías asociadas
- Efectuar vigilancia a las 48 horas o antes, si acrecientan los signos y síntomas. (18)

Aborto inevitable El aborto inevitable es el que se presenta con una sintomatología, donde existe incremento de manera progresiva de dolor, así como el de las contracciones uterinas y el sangrado, se presenta también inicio de la apertura del cérvix.

La conducta en estos casos es:

Hospitalización de la paciente, donde recibirá, en primer lugar, una vía segura, suspendiendo toda administración de medicamentos por vía oral.

Administración de medicinas analgésicas y sedantes

Realización de la Aspiración Manual Endo uterina. (10)

El aborto Incompleto Patología caracterizada por presentar sangrado exuberante, transformaciones en el cuello uterino, eliminación de tejidos del feto, de la placenta o también de líquido amniótico. La conducta a seguir en estos casos suelen ser la estadía hospitalaria con una duración corta de tiempo, estribando esto del estado de la mujer y que pueden durante este tiempo realizarse las siguientes acciones:

- ❖ Monitoreo del pulso, presión arterial, Temperatura y respiración
- ❖ No administra líquidos por 6 horas
- ❖ Administrar vía segura
- ❖ Administración de sedantes y de oxitocina
- ❖ Realización de AMEU. (20)

Aborto Completo. Patología que se presenta cursando la eliminación total del producto de la gestación, así como la de sus anexos, luego que el sangrado disminuya como también el dolor, La conducta en estos casos suelen ser de manera ambulatoria, haciéndose necesario la solicitud de un examen ecográfico transvaginal para corroborar que no hayan quedado restos.

Aborto Retenido. Es aquel que se caracteriza por presentar detención dentro del útero, ya sea del producto en su etapa embrionaria o fetal obitado, asimismo puede darse la retención del progreso de manera fisiológica de la gestación. La conducta a seguir en estas circunstancias es con la paciente hospitalizada donde deben realizarse las siguientes acciones:

- Requerir de un examen ecográfico
- Utilización de oxitócicos y la realización de la evacuación del contenido uterino. (21)

Perdida recurrente de la gestación. Considerada como aquella eliminación de manera repetida del producto del embarazo, generalmente cuando se haya presentado la pérdida de forma consecutiva y de manera espontánea dos o más productos antes de las 22 semanas de gestación. La conducta ante esta situación debe estar orientado a la identificación y tratamiento de los orígenes que lo ocasionan. (22)

Aborto séptico, Viene a ser una infección uterina o la de sus anexos, que suelen presentarse luego de haberse producido un aborto de manera espontánea, o también luego de un aborto terapéutico o inducido. Las infecciones luego de un aborto suelen constituir un proceso que va en ascenso, pudiendo tener como fundamentales causas lo siguiente:

- La vaginitis cervical latente
- Detención de elementos fetales o membranas ovulares
- Deficiente manera de prácticas de asepsia, que conllevan a la producción de la infección.
- Deficiente esterilización del material e instrumental utilizado
- Uso de sustancias o materiales contaminados o uso de elementos tóxicos para provocar abortos.

- Traumatismo en el momento de realizar la operación, consecuentemente con una perforación uterina o de otros órganos.

Causa Las infecciones posteriores a la presencia de un aborto es causada por múltiples microbios, donde predominantemente se hallan las bacterias anaerobias, como Peptococos, Peptoestreptococos, Bacteriodes sp. y Clostridium sp., asimismo se hallan cocos gram positivos como estafilococos y estreptococos y bacilos gram negativos como E. coli, Proteus s.p. y Klebsiella sp. Dichos microorganismos consiguen originarse tanto de la flora vaginal de la mujer así como de contagio durante el manejo ejecutado para provocar el aborto

Categorización de la misma manera que en una infección del útero de una puérpera, se debería efectuar en primer lugar un diagnóstico sindrómico, donde se realizará la evaluación de la mujer de acuerdo a la réplica irritante general, frente a la contaminación y un análisis topográfico.

Sepsis: Representa la existencia de una infección con criterios de más de dos elementos sindrómicos de réplica inflamatoria sistémica que incluye:

Funciones vitales anormales con alzas de temperatura y de pulso

Presencia de elevada leucocitosis

Existencia de > 10% de neutrófilos inmaduros (cayados).

Choque séptico: Definida a aquella donde existe la presencia de hipotensión arterial provocada por la infección que permanece por más de 60 minutos pese a la realización de una adecuada conducta y manejo para estos casos

Síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM): es la existencia de disfunción de dos o más órganos, secundaria a la hipoperfusión y a los intermediarios de la sepsis. Las disfunciones más habituales son: respiratoria, cardiovascular, renal, hepática, cerebral y de la coagulación.

Diagnóstico: Cuando necesitamos efectuar el diagnóstico, en primer lugar, lo que debe de realizarse es una buena anamnesis dentro de la historia clínica, que nos admita la sospecha de una gestación previa o la existencia de un aborto que fue dentro o fuera dentro de un establecimiento de salud. Dentro de la sintomatología que se presenta están las temperaturas elevadas, hemorragia vaginal, dolor a nivel de la pelvis o del abdomen, los escalofríos, el malestar generalizado entre otros.

Los descubrimientos corporales envuelven:

- Fiebre dominante, aceleración de las pulsaciones, polipnea y esporádicamente disminución de la presión arterial.
- Dolencia al palpamiento de hipogastrio o de vientre. Al examinar la zona pelviana vamos a encontrar pérdida sanguínea, restos fetales u ovulares purulentos, asimismo laceraciones de la vagina o del cérvix, fundamentalmente cuando ha habido aborto provocado.
- El cuello uterino frecuentemente se halla abierto y se evidencian objetos extraños dentro de él.
- Cuando se realiza el examen bimanual se evidencia cuerpo uterino reblandecido, con aumento en el tamaño y con hipersensibilidad.
- Por otro lado, también se pueden descubrir masas pelvianas que alcanzan a incumbir a hematomas o flemones
- Los parametrios cuando están envueltos por la contaminación se tienen inflamados y con mucho dolor.

Los resultados de laboratorio manifiestan:

- Cuadro hemático con leucocitosis, desviación a la izquierda y elevación de la VSG.
- Los resultados de los hemocultivos son positivos en un alto porcentaje de casos.

- Las placas radiográficas colaboran al descarte de cuerpos raros o viento sub diafragmático en casos de perforación uterina. (23)

Embarazo ectópico. Es aquel donde la nidación se realiza afuera de la concavidad del endometrio. Realizándose la nidación de manera más habitual en las trompas de Falopio. Para la realización del diagnóstico se deben considerar el lugar donde se localiza, el lapso de la evolución y los elementos que se encuentren asociados. Por otro lado, se utilizarán como ayudas diagnósticas, todas las pruebas existentes para realizar el descarte o confirmación de un embarazo y finalmente es de importancia y como requerimiento de urgencia referir o enviar a la gestante a un hospital de mayor complejidad para su manejo adecuado. (24)

En relación al tratamiento en estas patologías, dependerán en gran medida del cuadro clínico que se presenta, asimismo de los contextos que presenta la mujer, los descubrimientos del procedimiento laparoscópico, la pericia del galeno, los escenarios del ambiente quirúrgico, el deseo de un embarazo en el futuro y finalmente el vaticinio de la oficiosidad que consiga ejercerse. (25)

En relación al manejo quirúrgico de esta patología, es la considerada como el manejo de elección, más aún si en los hallazgos clínicos se encuentran presentes rotura de la trompa, baja de la presión arterial, la persistencia del dolor, anemia, entre otros, y que estos hallazgos están presentes por más de un día. Actualmente se consideran preferentemente realizar la cirugía laparoscópica debido a que la mujer se recupera más fácilmente, los precios se abaratan y la presencia del dolor pos quirúrgica es menor. Sin embargo, este procedimiento debería de realizarse cuando exista desequilibrio hemodinámico.

Las programaciones médicas de orden quirúrgico que se suelen practicarse mediante la operación laparoscópica resultan ser tanto conservativos u otras veces radicales.

Existen diversas elecciones a considerarse como manejo quirúrgico en este tipo de enfermedades, así tenemos: cuando se tienen casos de

un embarazo ectópico donde no se presenta ruptura, y la mujer ya tiene hijos, se recomienda como tratamiento de elección la realización de la Salpingectomía, con la debida conservación del ovario; pero si ya hubo anteriormente esta operación y existe el deseo de tener hijos deberían de utilizarse diferentes procedimientos microquirúrgicos estribando de la localización.

En situaciones donde se diagnostican la existencia de una gestación tubárica rota, primeramente, como manejo, se procede a la estabilización de la paciente previa a la operación laparoscópica de emergencia a fin de parar el sangrado interno que se está presentando. Generalmente en estas circunstancias, suelen encontrarse la trompa reventada, donde sin duda el manejo electivo viene a ser la salpingectomía; tratando en la medida de lo posible la conservación del ovario, solamente en los casos de que este se encontrara comprometido se tiene indicada la realización de la ooforectomía de forma parcial o en su totalidad.

Si existe la presencia de una gestación localizada en la trompa y esta se halla rota, pero organizada, la conducta será la estabilización de la mujer e inmediatamente proceder a la laparotomía. El procedimiento estriba fundamentalmente de los órganos que se van a intervenir,

constantemente se ejerce la salpingectomía, sin embargo, en algunas circunstancias se necesitan realizar la salpingooforectomía.

En el caso que se presentara una gestación implantado en el orificio del cérvix , muchas veces es confundible con la presencia de un aborto, en estas circunstancias la conducta a seguir es la extracción del producto implantado a través de un raspado, de no ser esto posible y si no se da una hemostasia apropiada y requerida mediante la vía vaginal, se procederá a realizar la intervención quirúrgica de la histerectomía vía abdominal ya sea total o realizar la ligadura de hipogástricas como tratamiento.

También en estas circunstancias se han utilizado como un tratamiento médico el metotrexate. Frente a una gestación ectópica en el

abdomen, el único manejo apropiado en estos caos es el quirúrgico que consiste en la laparotomía, para poder extraeré al producto de la gestación, el cual puede o no traer complicaciones.

Cuando se ubica la implantación placentaria dentro de un órgano vital, ya sea el epiplón o las trompas de Falopio, nunca se tratará de desprenderla debido al sangrado que se produce, debiendo ser el procedimiento la extirpación del órgano afectado juntamente con la placenta insertada in situ.

Contrariamente, si se ubica la inserción placentaria a nivel ya sea del colon. los intestinos delgados o dentro de otro órgano vital, se debe de cortar el cordón umbilical lo más cercano posible de la placenta dejándola en el mismo lugar donde se implantó.

Subsiguientemente se debe realizar rastreo con determinaciones escalonadas periódicas de β -GCH, se evidencian la existencia de tejidos trofoblásticos, se iniciará el manejo mediante el tratamiento con metotrexate.

Ante la presencia de una gestación denominada heterotópica o compuesta, que es un fenómeno muy raro y esto ocurre alrededor de uno de cada 4.000 embarazos espontáneos, demanda procedimiento quirúrgico. (26)

Procedimiento clínico. – En muchos establecimientos de salud el manejo con el metotrexate representa el manejo inicial. Sin embargo, se debe tener en consideración que dicho manejo solamente se debe practicar en establecimientos con alta complejidad. Los propósitos constituyen la conservación de una de la trompa no afectada, evitando las complicaciones y el elevado costo que representan las intervenciones quirúrgicas. La conducta a seguir en cualquiera de los casos, demanda el internamiento de la gestante, el seguimiento clínico preciso, y alcance con determinación periódica de la β HGC hasta que se encuentre < 5 mUI/ml. Los fracasos del procedimiento son más frecuentes cuando los niveles de β HCG son más elevados, o cuando la masa anexial es

grandiosa o hay movimiento del embrión. Los porcentajes de triunfo y de embarazo intrauterino ulterior son confrontables a las de la salpingostomía laparoscópica. (27)

El Embarazo Molar:

Una mola hidatiforme representa una anomalía placentaria, originada por dificultad durante la unión que ocurre del ovulo con el espermatozoide durante el proceso de la fecundación. Esta patología no suele ser muy frecuentes ocurren, según la literatura, uno en cada mil gestaciones.

Los embarazos molares asimismo son llamados mal del trofoblasto gestacional (ETG), mola hidatiforme o escuetamente se refiere como “mola”. (28)

¿Qué Es Un Embarazo Molar?

Un embarazo molar es la consecuencia de una falla genética que ocurre en el momento de la fecundación, y que va a conllevar al desarrollo de un tejido anormal dentro de la cavidad uterina. Los embarazos molares casi nunca van a implicar un embrión en crecimiento, y cuando ocurre este fenómeno el desarrollo es muy rápido en comparación a un feto normal. Este tipo de embarazo presenta un aspecto grande y aleatoria de células en conjuntos de forma de un racimo de uva. Hay dos tipologías de embarazos molares, el “completo”, y el “parcial”. (29)

¿Qué Es Un Embarazo Molar Completo?

Los embarazos molares completos exclusivamente poseen porciones de placenta no existe producto, y se constituyen cuando el espermatozoide fecunda un óvulo vacío. Como consecuencia de que el huevo está vacío, no se forma ninguna criatura. La placenta progresa y provoca la producción de la hormona del embarazo, la hCG. Desgraciadamente, un ultrasonido manifestará que no existe un feto, sólo la placenta.

¿Qué Es Un Embarazo Molar Parcial?

Esta patología se constituye debido a que la masa tiene muchas células anormales y con la presencia de un embrión que posee graves desperfectos al momento de nacer.

Una transcripción considerablemente inaudita de un molar parcial es cuando se conciben mellizos, donde un solo embrión emprende el desarrollo de manera normal, en tanto que el otro representa un embarazo molar. En dichas circunstancias el embrión que se halla sano, es consumida de manera muy rápida por el otro crecimiento anormal. (30)

En Riesgo De Un Embarazo Molar

En casi todos los países del mundo se presentan estos casos, como se dijo anteriormente de manera muy rara, así por ejemplo en norte América se presenta uno en cada mil embarazos y en otros un poco más como es el caso de México y las Filipinas. Las mujeres de raza blanca son las que presentan mayor probabilidad de presentar esta patología, en relación a las mujeres de raza negra, también son más propensas a presentar las mayores de 40 años, las que tienen antecedentes de este tipo, antecedentes de abortos espontáneos, etc.

Los Síntomas

Presencia de náuseas y vómitos exagerado.

Existencia de un sangrado vaginal

Desarrollo de entorpecimientos raros como la enfermedad de la tiroides

Presencia de hipertensión arterial que conlleva a una preeclampsia

El acrecentamiento de los niveles de HCG.

No presencia de movimientos fetales.

Diagnóstico de un Embarazo Molar

El diagnóstico puede realizarse al examinar la región pélvica, se halla un útero mucho más grande o más pequeño que lo normal, así mismo se evidencia el aumento de tamaño de los ovarios. Se encuentran también cantidades irregularmente elevadas de la hormona del embarazo hCG.

Un examen ecográfico frecuentemente va a mostrar una masa de forma de un racimo de uvas, lo que permite establecer la existencia de una placenta no normal. (31)

Tratamiento de un Embarazo Molar

En la mayoría de los casos de presencia de un embarazo molar, estas finalizan de manera espontánea, siendo el tejido expulsado, donde se evidencia la forma que tienen.

Asimismo, la conducta también sugiere realizar ya sea un legrado uterino, o una aspiración manual endo uterina, para de esta forma evacuar el contenido uterino, obviamente estos procedimientos se realizan previa anestesia y en sala quirúrgica.

Aproximadamente el 90% de las señoras que poseen una mola eliminado no demandan procedimiento agregado.

Las operaciones de rastreo que monitorizan los niveles de HCG pueden acontecer cada mes por seis meses o como su galeno prescriba.

El seguimiento se realiza con la finalidad de asegurar que el molar se ha evacuado en su totalidad. Ya que de existir algún tejido molar que se haya quedado, estas pueden iniciar un crecimiento nuevamente y pudiera originar una amenaza de existencia de tejidos de tipo canceroso en otras partes del cuerpo.

Debe recomendarse a la mujer, que evite embarazarse por lo menos en un año, luego de haber presentado esta patología.

Por otro lado, se hace necesario que la mujer utilice cualquier metodología anticonceptiva, a excepción del dispositivo intrauterino. (32)

Situación emocional de la Paciente luego de un embarazo molar

No obstante, de que la expulsión de un embarazo molar no es la finalización de un producto en progreso, continúa representando una pérdida, aun cuando no existe presencia de un embrión.

La generalidad de las señoras manifiesta que se trata de un embarazo molar después del develamiento y el adelanto de estar gestando. Los sueños, los planes y las ilusiones se derogan todos de una vez; sigue estando un quebranto significativo.

Puede repetirse un embarazo molar

Las informaciones y estudios realizados al respecto, nos reportan, el peligro de presentarse otro embarazo molar, si el anterior no tuvo ninguna complicación es de uno al dos por ciento.

La sugerencia de un estudio genético antes de procrear nuevamente es ventajoso para cualesquiera pareja. (33)

2.3. Definiciones Conceptuales

Hemorragias

Entorpecimiento muy comprometido y de alto riesgo, simbolizada por la pérdida intensiva de sangrado durante la gestación. (34)

Hemorragia Obstétrica:

Sangrados profusos de origen útero-placentario o vaginal, con pérdidas sanguíneas consideradas en más de 1000 ml, coligadas con descompensación hemodinámica: hipotensión arterial o shock. (35)

Primera mitad del embarazo

Etapas que transcurre desde el inicio del embarazo hasta cumplir los tres meses y la hemorragia que se presenta a esta edad es inconstante

que puede estar o no presente el dolor en una mujer gestante antes de cumplir las 22 semanas de gestación. (36)

Gestantes

Mujer que presenta una gestación y que ésta se inicia cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación. En aquel momento el blastocito traspasa el endometrio uterino e irrumpe el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el desperfecto en la zona del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, iniciándose consecuentemente la gestación. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (37)

2.4. Sistema de Hipótesis

En el presente trabajo no se realiza la formulación de la hipótesis por ser un trabajo de tipo descriptivo.

2.5. Sistema de Variables

2.5.1. Variable dependiente

Gestantes

2.5.2. Variable Independiente

Hemorragias de la primera Mitad del Embarazo

2.6. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA
Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo	La pérdida sanguínea de origen obstétrico. con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o perdida mayor de 150 ml/ml.	Hemorragia por aborto	• Aborto en curso • aborto espontáneo • Aborto completo • Aborto incompleto • Aborto inevitable	Nominal
		Hemorragia por embarazo ectópico	➤ Embarazo tubárico ➤ Embarazo extra tubárico	Nominal
		Hemorragia por Embarazo Molar		Nominal
Gestantes	Mujer que lleva en su vientre un bebé. La gestación comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero.			Nominal

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El trabajo investigativo fue de tipo descriptivo, observacional, retroceso de corte transversal, porque se buscó establecer las hemorragias de la primera mitad del embarazo de las gestantes que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco con tal fin se realizó el acopio los datos tal como se presentan de las fuentes secundarias, que son las historias clínicas, y en un solo momento.

3.1.1. Enfoque

El estudio tendrá un enfoque cuantitativo

3.1.2. Alcance o nivel

3.1.3. Diseño

El diseño responde al siguiente esquema:



Donde:

M: muestra.

O: observación.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por todas las gestantes que presentaron hemorragias de la primera mitad del embarazo y son en número de 421.

3.2.2. Muestra

La muestra se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma^2} \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma^2} \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

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

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{421 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(421 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 295$$

3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada fueron la documental, pues los datos se recolectaron de las historias clínicas de las pacientes gestantes en estudio, que cursaron con hemorragia de la primera mitad del embarazo.

3.3.1. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento y análisis de datos se emplearon los siguientes pasos

1. Aplicación de los instrumentos

2. Revisión de los datos
3. Codificación de los datos
4. Clasificación de los datos
5. Recuento de datos

Presentación de los datos: En el procesamiento de los datos se aplicaron estadígrafos de tendencia central y de dispersión a través del paquete estadístico SPSS versión 22.

6. Elaboración de tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

Tabla N° 1. EDAD

EDAD	N°	%
< de 20 años	47	16
20 a 25 años	89	30
26 a 30 años	74	25
31 a 35 años	53	18
>de 36 años	32	11
TOTAL	295	100

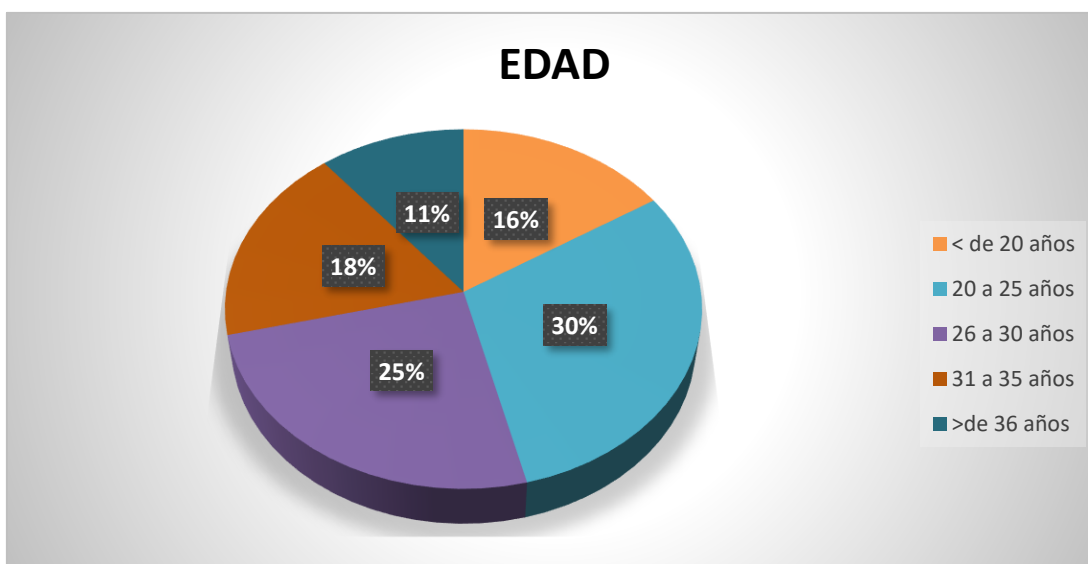


Gráfico N° 1. EDAD

Análisis e interpretación. En los resultados que nos muestran, tanto la tabla como el gráfico se pueden evidenciar, que las edades con más alto porcentaje, de la patología estudiada estuvo entre los 20 a 25 años, con el 30%, seguidas con el 25% del grupo de edades de 26 a 30 años; Sin embargo, también que hubo el 16% de mujeres con edades menores a 20 años, significando un riesgo en la salud materna.

Tabla N° 2. RELIGIÓN

RELIGIÓN	N°	%
Católica	147	50
Evangélica	106	36
Otra	42	14
TOTAL	295	100

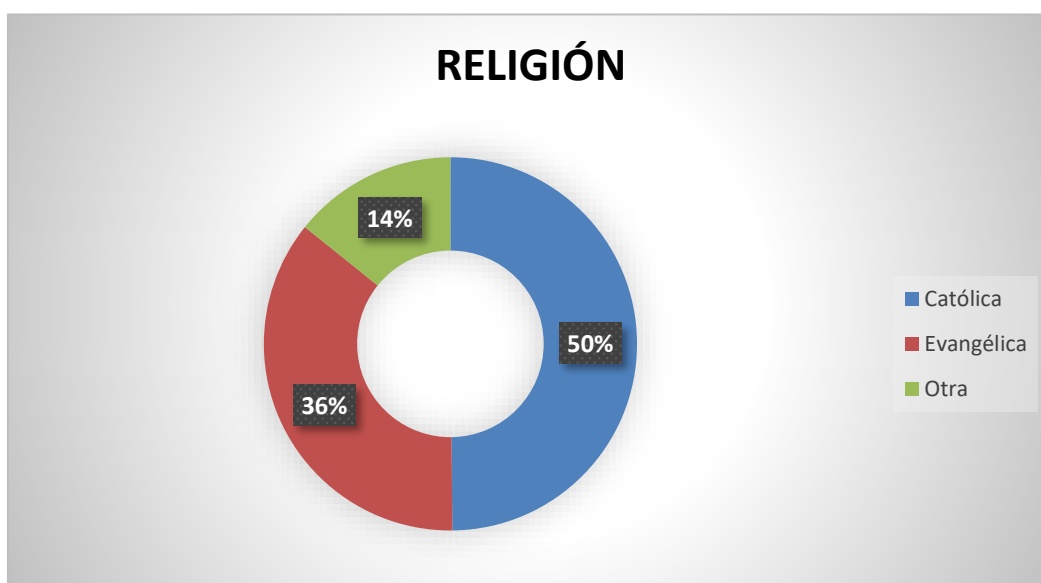


Gráfico N° 2. RELIGIÓN

Análisis e interpretación. Respecto a la religión, encontramos en los resultados, lo que primó fue la religión católica, con el 50%, seguidas de las que profesaban la religión evangélica con el 36% y otras religiones con el 14%. Por lo que podemos decir que para presentar esta patología no existe diferencia de credo.

Tabla N° 3. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N°	%
Casada	79	27
Conviviente	158	53
Soltera	38	13
Otro	20	07
TOTAL	295	100

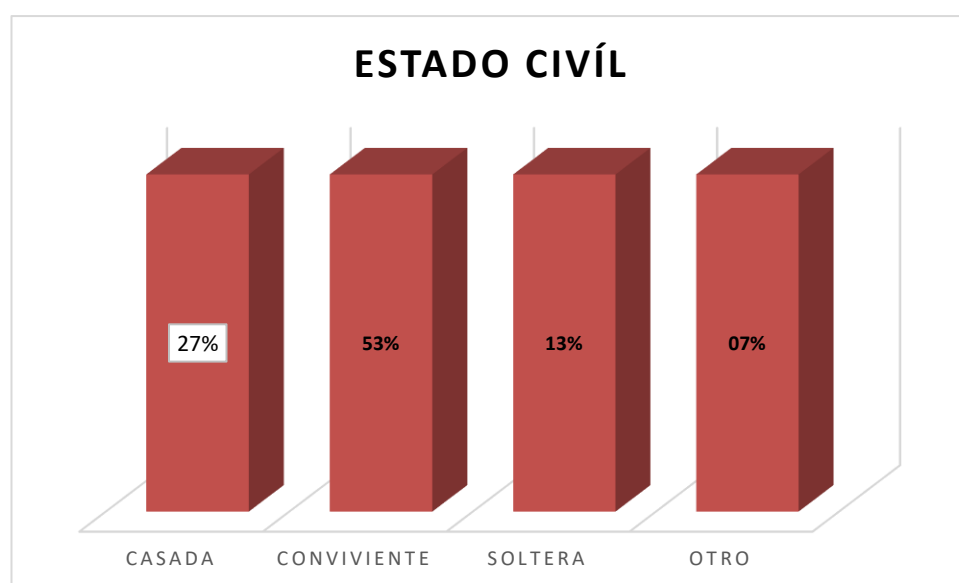


Gráfico N° 3. ESTADO CIVIL

Análisis e interpretación. En los resultados obtenidos se demuestran que, el 53% del grupo estudiado, tenían el estado civil de convivientes, mientras que el 27% eran casadas, el 13% solteras y con el 07% otro estado civil.

Tabla N° 4. PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	N°	%
Zona urbana	214	73
Zona rural	81	27
TOTAL	295	100

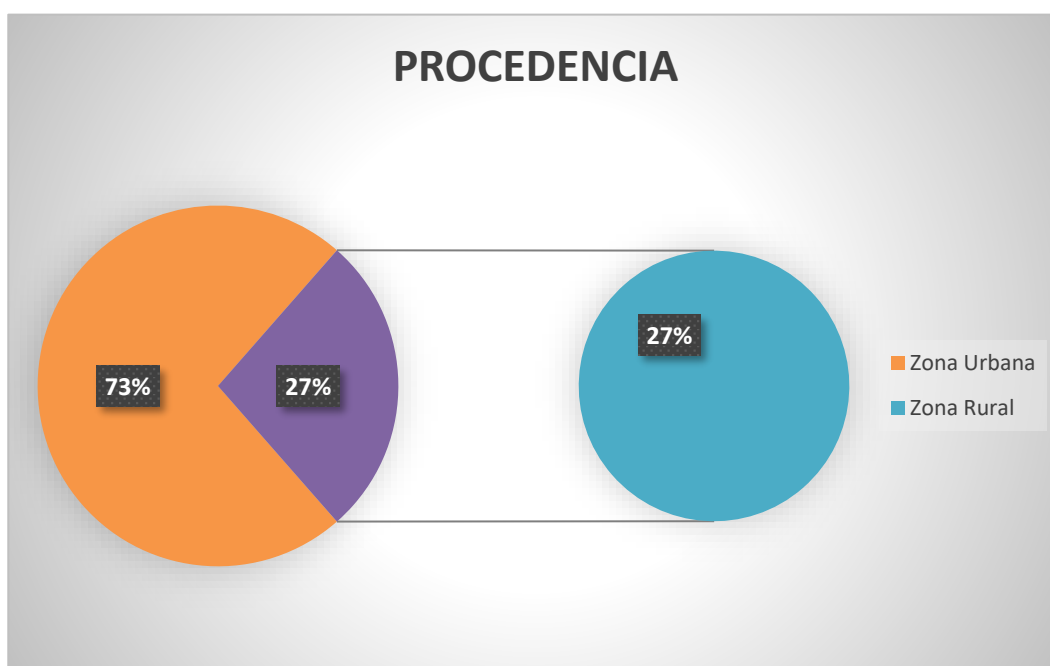


Gráfico N° 4. PROCEDENCIA

Análisis e interpretación. En cuanto a la procedencia, evidenciamos en los resultados obtenidos que el más alto porcentaje fueron procedentes de las zonas urbanas con el 73%, seguidas de los de la zona rural con el 27%.

Tabla N° 5. OCUPACION

OCUPACION	N°	%
Ama de casa	132	45
Estudiante	98	33
Empleada	45	15
Otro	20	07
TOTAL	295	100

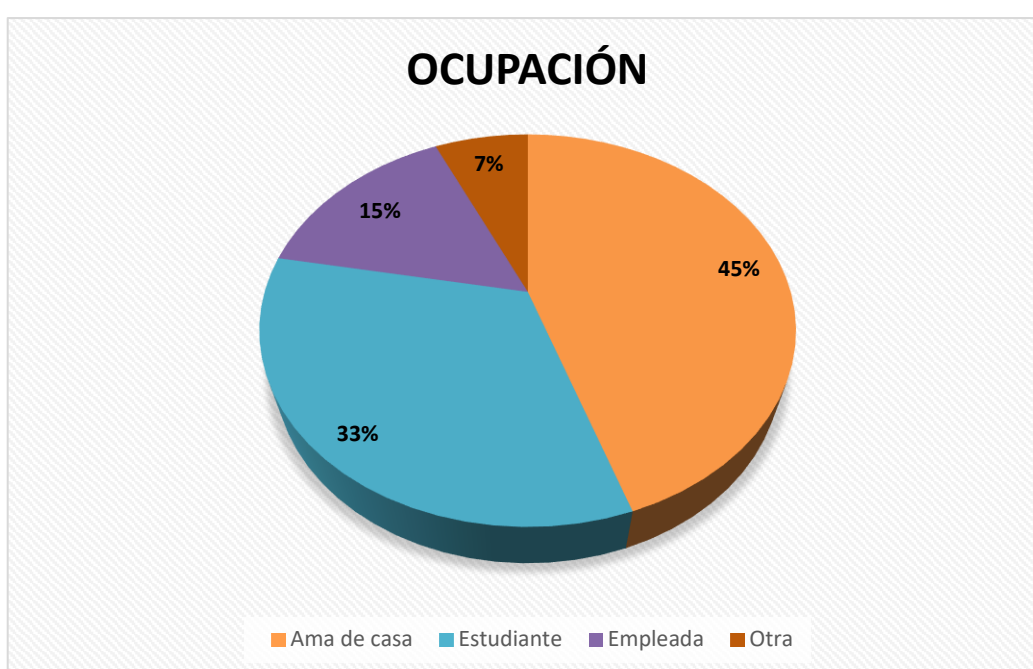


Gráfico N° 5. OCUPACION

Análisis e interpretación. Los resultados que nos muestran tanto la tabla, como el gráfico, nos indican que el 45% del grupo de estudio fueron amas de casa, seguidas del grupo de estudiantes con el 33%, mientras que con el 15 y 7% los de ocupación empleada y otros respectivamente.

4.1. Antecedentes Obstétricos:

Tabla N° 6. Atención prenatal:

Atención prenatal:	N°	%
SI	92	31
NO	203	69
TOTAL	295	100

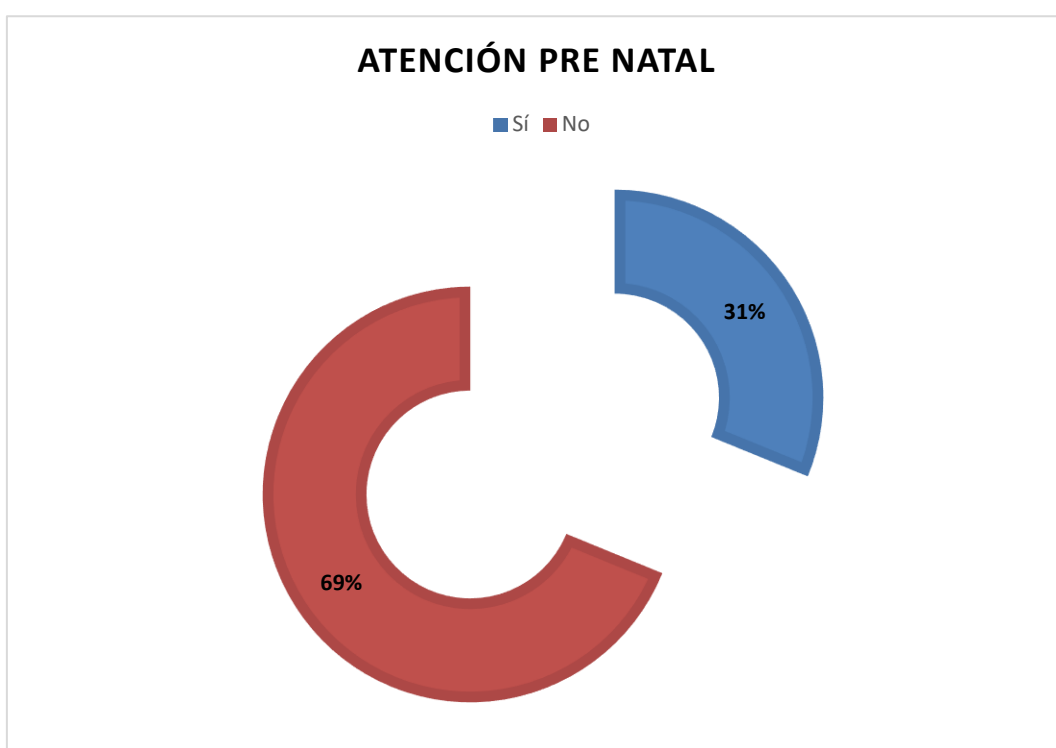


Gráfico N° 6. ATENCIÓN PRE NATAL

Análisis e interpretación. Los resultados presentes nos evidencian que el 69% no contó con atención pre natal y solo el 31% tenía atención pre natal, o que nos indica que las atenciones pre natales se están iniciando de manera tardía, haciendo que muchas gestantes no cumplan con todas las APN.

Tabla N° 7. Paridad

Paridad	N°	%
Primípara	107	36
Múltipara	139	48
Gran múltipara	49	16
TOTAL	295	100

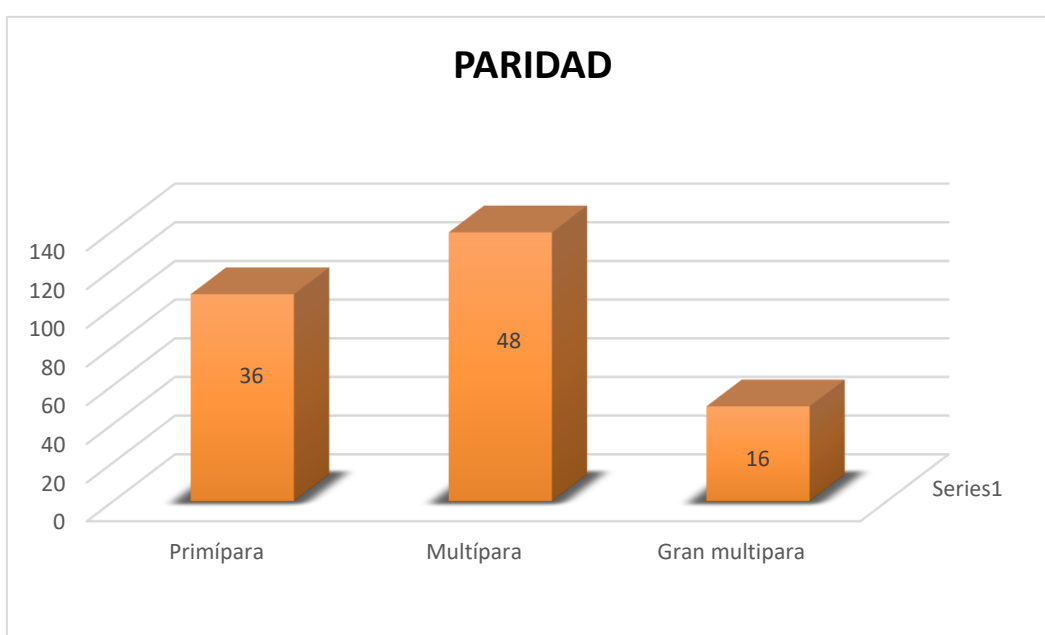


Gráfico N° 7. PARIDAD

Análisis e interpretación. Observamos en el presente resultado, que el 48% fueron múltiparas, mientras que con el 36% encontramos a las primigestas, con el 16% a las gran múltiparas.

Tabla N° 8. Enfermedades previas

Enfermedades previas	N°	%
Enfermedad hipertensiva	35	12
Placenta previa	31	10
cirugía pélvica anteriores	12	04
Otros:	50	17
Ninguna	167	57
TOTAL	295	100

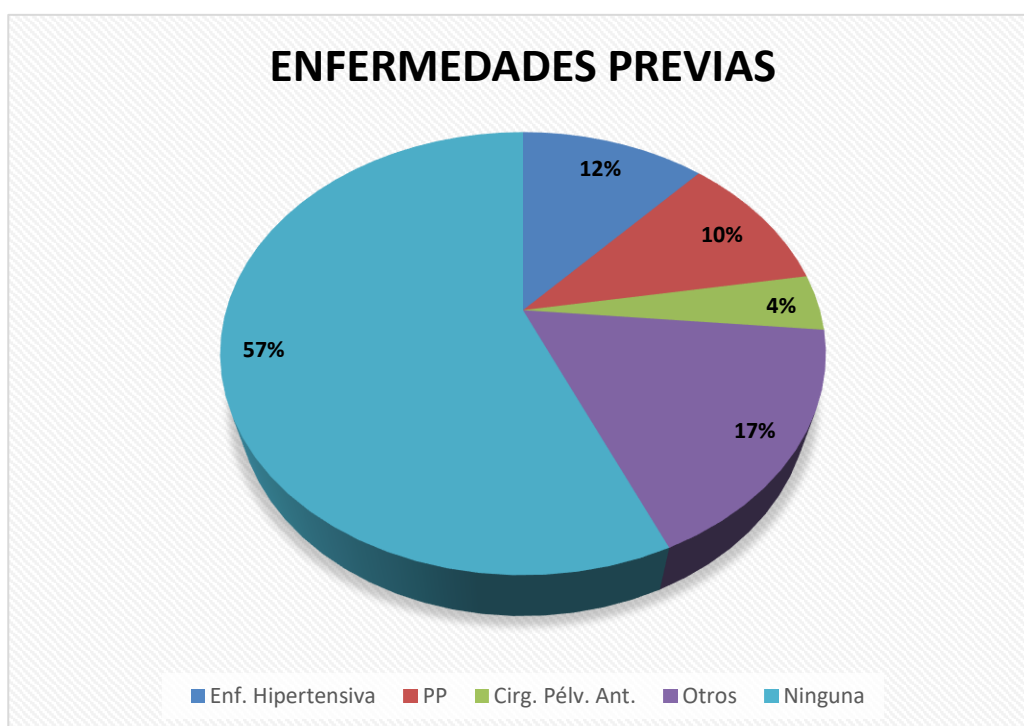


Gráfico N° 8. ENFERMEDADES PREVIAS

Análisis e interpretación. Los resultados obtenidos en la presenta tabla, nos indican que el 57% manifestaron no haber tenido ninguna enfermedad previa a la actual, seguidas con el 17% que tuvieron patologías diferentes a los planteados, el 12% padecieron de hipertensión arterial, con el 10% presentaron placenta previa, con el 4% cirugía pélvica anterior.

Tabla N° 9. Edad gestacional

Edad gestacional	N°	%
4 semanas	10	03
4 a 7 semanas	77	26
8 a 10 semanas	81	28
11 a 12 semanas	76	26
>de 12 semanas	51	17
TOTAL	295	100

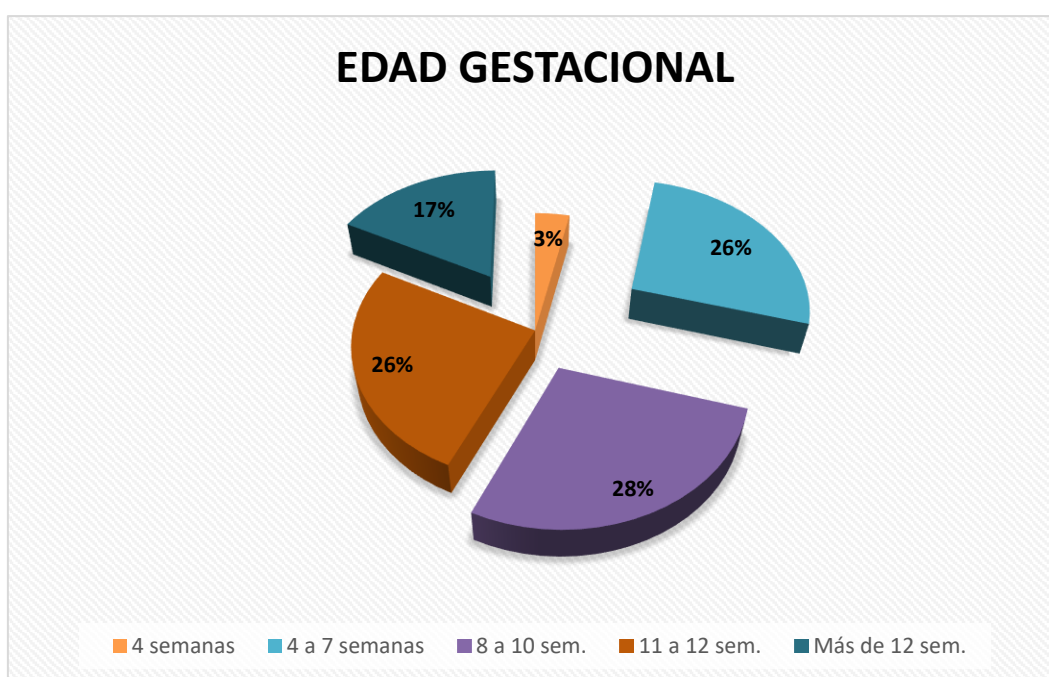


Gráfico N° 9. EDAD GESTACIONAL

Análisis e interpretación. Relacionado a la edad gestacional, el presente resultado nos muestra, que el mayor porcentaje tenían de 8 a 10 semanas con el 28%, seguidas con el 26% los de 4 a 7 semana al igual que los de 11 a 12 semanas, con 17% encontramos a los de más de 12 semanas y con el 3% a los de 4 semanas.

Tabla N° 10. Diagnóstico

Diagnóstico	N°	%
Aborto	102	35
Embarazo ectópico	15	05
Embarazo molar	19	06
Aborto en curso	89	30
Aborto incompleto	70	24
TOTAL	295	100

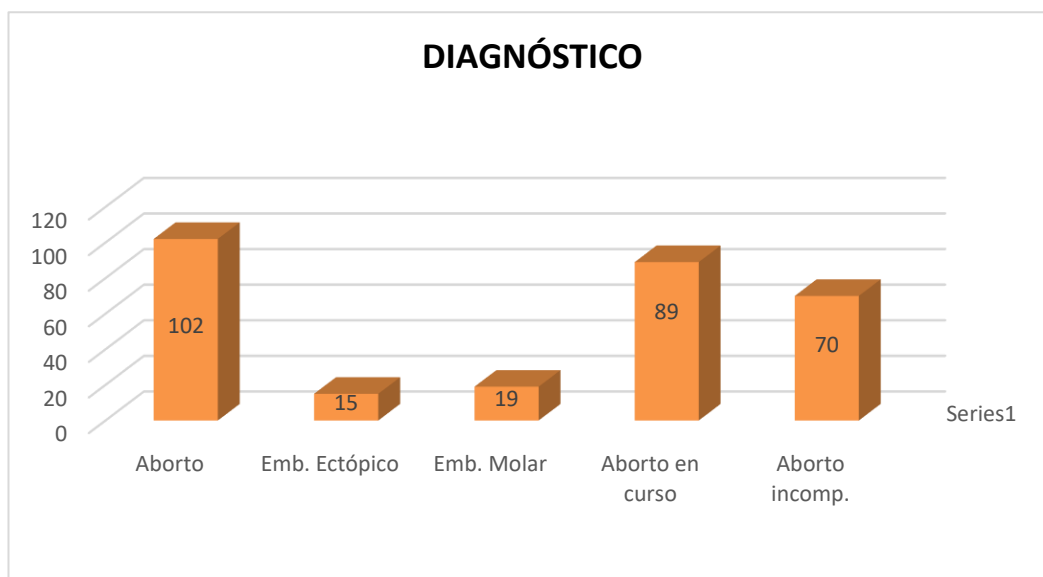


Gráfico N° 10. DIAGNÓSTICO

Análisis e interpretación. En cuanto al diagnóstico, los resultados nos muestran que con el 35% estuvieron los abortos, con el 30% aborto en curso; con el 24% aborto incompleto, embarazo molar con el 6% y embarazo ectópico con el 5%, como vemos la incidencia de las hemorragias se ven incrementado por la presencia de estos diagnósticos que ponen en riesgo la vida de las pacientes.

Tabla N° 11. Antecedentes de aborto

Antecedentes de	N°	%
Antecedentes de aborto	33	11
Antecedentes de embarazo ectópico	02	01
Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica	07	02
Antecedente de intervención quirúrgica	05	02
Antecedente de legrado uterino/AMEU	86	29
Ninguna	162	55
TOTAL	295	100

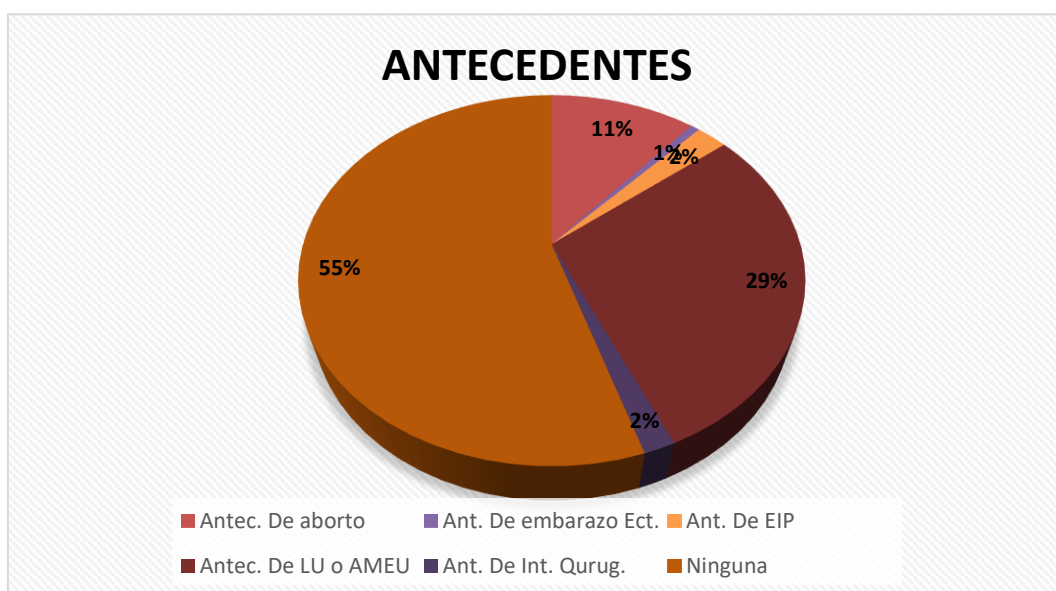


Gráfico N° 11. ANTECEDENTES

Análisis e interpretación. En el resultado presente podemos observar que algunas pacientes presentaron antecedentes, teniendo el 29% antecedentes de legrado uterino o AMEU mientras que con el 55% encontramos que no tuvieron ninguna patología, sin embargo, cuando analizamos los resultados tenemos que el 45% tuvieron antecedentes lo que significa riesgo obstétrico de las pacientes en estudio.

Tabla N° 12. Tratamientos

Tratamiento	N°	%
Tratamiento Médico	41	14
Tratamiento Quirúrgico	254	86
TOTAL	295	100

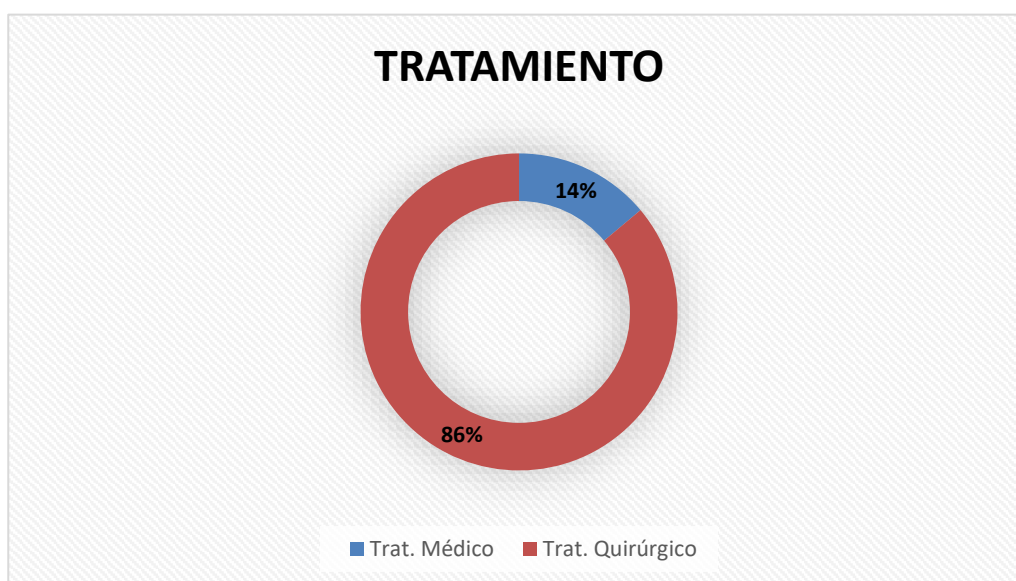


Gráfico N° 12. TRATAMIENTO

Análisis e interpretación. Los resultados que nos muestran la presente tabla y gráfico, dicen que el 86% terminó con tratamiento quirúrgico, mientras que el 14% recibió tratamiento médico, significando para la paciente un peligro para su vida, ya que el tratamiento quirúrgico siempre conlleva riesgo.

Tabla N° 13. Complicaciones

Complicaciones	N°	%
Ninguna	160	54
Hemorragia	21	07
Anemia	69	23
Post hemorragia	12	04
Shock hipovolémico	02	01
Otra	31	11
TOTAL	295	100

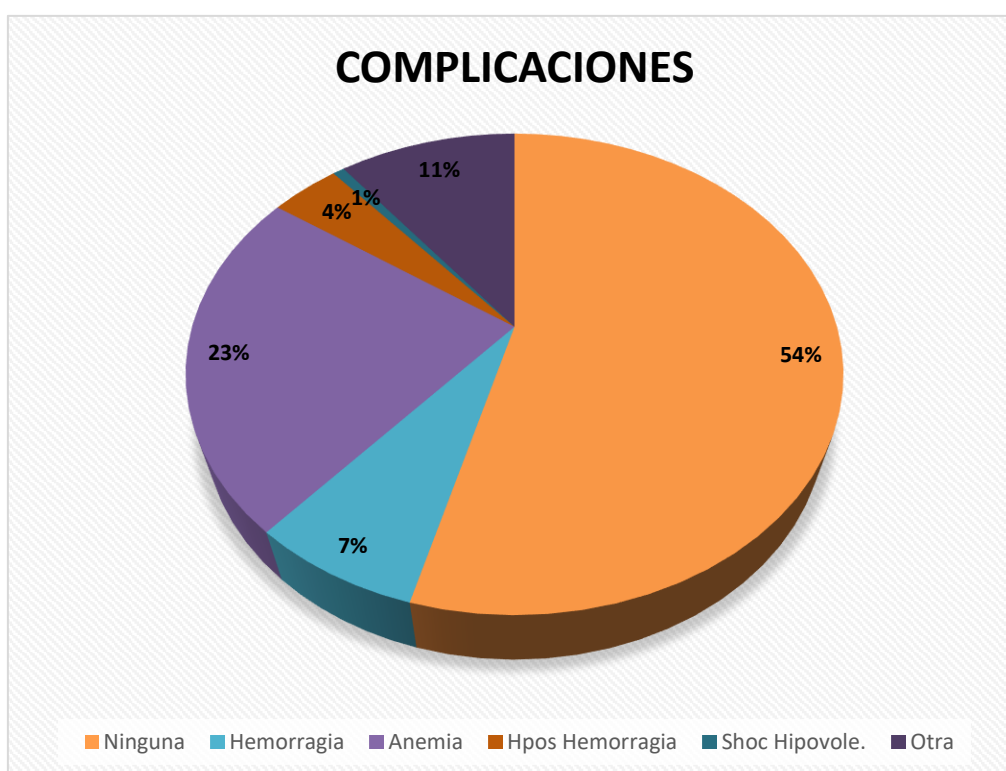


Gráfico N° 13. COMPLICACIONES

Análisis e interpretación. Los resultados nos evidencian que el mayor porcentaje de pacientes, luego del tratamiento no presentaron ninguna complicación con el 54%, sin embargo, el 46% si lo presentaron, lo que significa que dichas pacientes tuvieron el riesgo de morir.

Tabla N° 14. Condición al Egreso

Condición al Egreso	N°	%
Curado	89	30
En recuperación	28	10
Sano	178	60
TOTAL	295	100

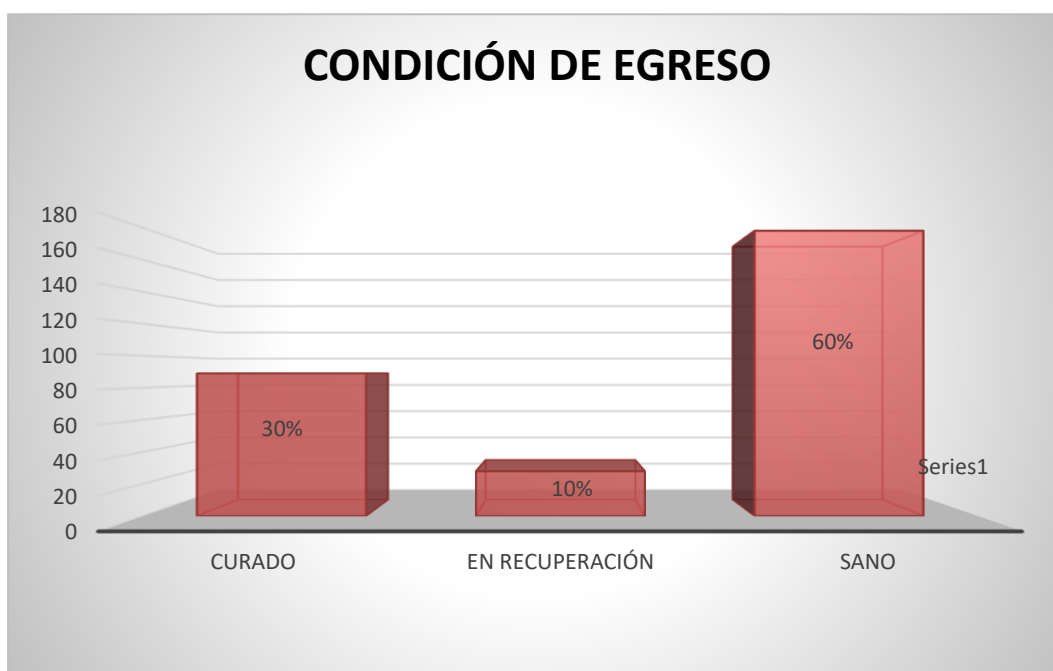


Gráfico N° 14. CONDICIÓN DE EGRESO

Análisis e interpretación. Analizando el presente resultado, tenemos que el 60% de pacientes terminaron con la condición de sano, mientras que el 30% curado y el 10% en recuperación, significando que aún quedan pacientes que necesitan, seguimiento hasta encontrarse completamente sanas.

Tabla N° 15. Estancia Hospitalaria

Estancia Hospitalaria	N°	%
1 a 2 días	157	53
3 días	98	33
4 días a más	40	14
TOTAL	295	100

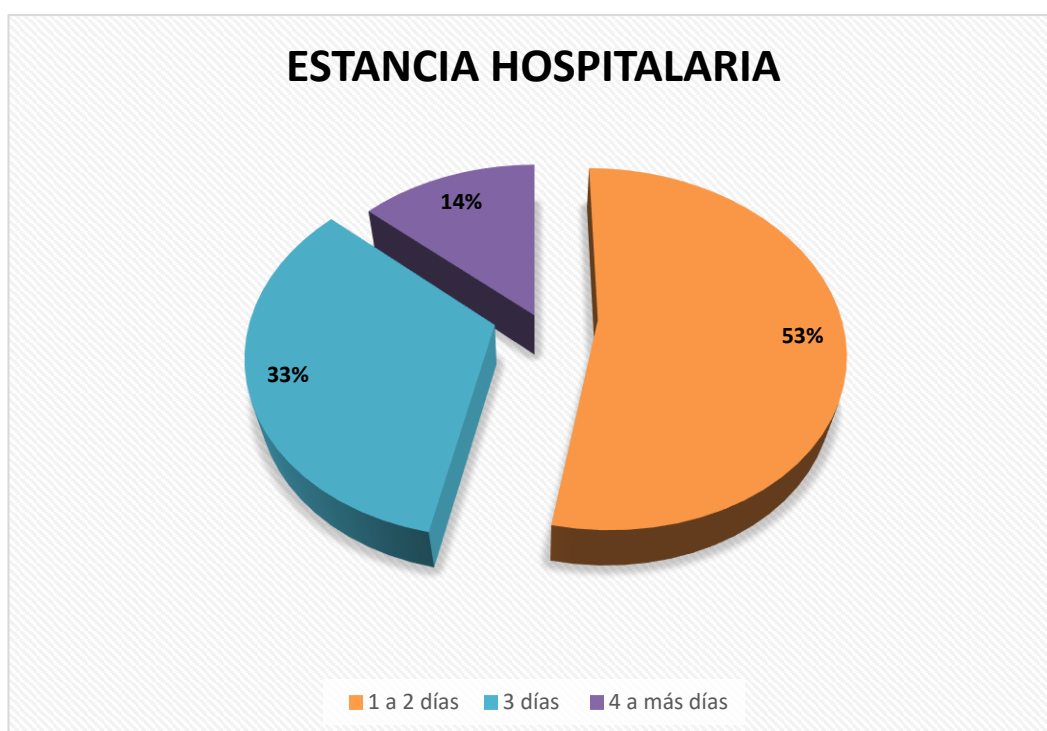


Gráfico N° 15. ESTANCIA HOSPITALARIA

Análisis e interpretación. Encontramos en el presente resultado que el 53% estuvo hospitalizada entre 1 a 2 días, el 33% 3 días y el 14% más de 4 días, significando que la estancia hospitalaria varía de acuerdo y al tipo de patología que presenta o a la condición de la paciente

DISCUSION

Al realizar la revisión de las fuentes de información sobre el problema que hemos investigado, encontramos que Alarcón Herrera, realizó un trabajo similar al nuestro dónde encontró derivaciones como, por ejemplo, en lo relacionado a la edad, estaba en un promedio de 27 años, dato que difiere a los encontrado en nuestro estudio donde la edad promedio está entre los 20 a 25 años. En cuanto a resultados obtenidos por Alarcón sobre las semanas de gestación en que se produjo la patología reporta que estaban entre 6,4, 8 y 7, datos similares al obtenido en nuestro estudio donde encontramos la edad gestacional de 8 a 10 semanas con el 28%, seguidas con el 26% los de 4 a 7 semana al igual que los de 11 a 12 semanas

Las principales complicaciones de las hemorragias del primer trimestre encontradas por Alarcón fueron: hemorragia, anemia, post-hemorragia, sepsis, shock hipovolémico, complicaciones que también se encontró en nuestro estudio con similares porcentajes en el resultado.

De la misma manera encontramos el estudio realizado por Sumba Jadan sobre hemorragias obstétricas del primer trimestre del embarazo, donde encontró resultados como: Que el mayor porcentaje de las pacientes estudiadas fueron multigestas tenían menos de 20 años eran multigestas, provenían del área urbana marginal , cursaban entre 7 a 10 semanas de embarazo, tenían entre 7 a 10 semanas de embarazo , presentaron sangrado genital , les diagnosticaron aborto incompleto, al respecto podemos señalar que nuestro estudio se reportaron similares resultados donde las multigestas fueron las pacientes con mayor porcentaje y la edad gestacional en la que se produjo la patología eran entre las 6 a 8 semanas, y en cuanto al diagnóstico existe coincidencia en ambos estudios.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo se llega a las siguientes conclusiones: Los resultados obtenidos nos demuestran que existe alto porcentaje de gestantes que presentan hemorragias durante la primera mitad del embarazo, hemorragias producida por diferentes causas y que ponen en riesgo la vida de la embarazada.

La mayoría de gestantes que presentan estas patologías son mujeres jóvenes, con edades menores a los 30 años y proceden de las zonas urbanas, siendo asimismo la mayoría amas de casa.

El 69% no contó con atención pre natal y solo el 31% tenía atención pre natal, o que nos indica que las atenciones pre natales se están iniciando de manera tardía, haciendo que muchas gestantes no cumplan con todas las APN.

El 48% fueron multíparas, mientras que con el 36% encontramos a las primigestas, con el 16% a las multíparas.

El mayor porcentaje tenían de 8 a 10 semanas con el 28%, seguidas con el 26% los de 4 a 7 semana al igual que los de 11 a 12 semanas, con 17% encontramos a los de más de 12 semanas y con el 3% a los de 4 semanas

En cuanto al diagnóstico, el 35% estuvieron los abortos, con el 30% aborto en curso; con el 24% aborto incompleto, embarazo molar con el 6% y embarazo ectópico con el 5%, como vemos la incidencia de las hemorragias se ven incrementado por la presencia de estos diagnósticos que ponen en riesgo la vida de las pacientes; el 86% terminó con tratamiento quirúrgico, mientras que el 14% recibió tratamiento médico, significando para la paciente un peligro para su vida, ya que el tratamiento quirúrgico siempre conlleva riesgo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- A los prestadores de la Salud sexual y reproductiva, diseñar estrategias a fin de sensibilizar a las mujeres en edad fértil en cuanto al cuidado de su salud y que cuando salgan embarazadas inicien su atención pre natal lo más temprano posible.
- Realizar programas de prevención y promoción relacionados al cuidado de la salud en las gestantes.
- A las gestantes, acudir a un establecimiento de salud a fin de iniciar la atención correspondiente y evitar la presencia de patologías como son las hemorragias durante la primera mitad del embarazo.
- A los administradores de los establecimientos de salud realizar capacitaciones permanentes en el manejo de las hemorragias obstétricas y la identificación de los factores de riesgo y las posibles causas.
- Referencia oportuna de pacientes a los establecimientos con capacidad resolutive, para evitar complicaciones maternas que pueden causar muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHWARCZ FESCINA R: OBSTETRICIA EDIT. EL ATENEO 6TA EDICION
2. YAÑEZ VELASCO, L. ET. AL. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA OBSTÉTRICA DIRECTA EN DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE EN MÉXICO, REVISTA DE ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS 2011;16(2):89-96
3. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO, MÉXICO: SECRETARIA DE SALUD 2009, ED. CENETEC, 1-46 PP.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ABORTO SIN RIESGOS. GUÍA TÉCNICA Y DE POLÍTICAS PARA SISTEMA DE SALUD. GINEBRA; 2013
- 5.- RÍOS E. HEMORRAGIAS DEL PRIMER TRIMESTRE. REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. PERÚ. 2010
- 6- GÓMEZ GUTIÉRREZ S, LARRAÑAGA C. HEMORRAGIA EN LA GESTACIÓN. REVISTA SCIELO - ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA. ESPAÑA. 2014
- 7.- PITCHFORD P. HEMORRAGIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO; 2011 FEBRERO 23. DISPONIBLE DESDE: [HTTPS://BOOKS.GOOGLE.COM.EC/BOOKS](https://books.google.com.ec/books)
- 8.-ALARCÓN HERRERA JACQUELINE ESTEFANÍA COMPLICACIONES ASOCIADAS A HEMORRAGIAS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN PACIENTES EN EDAD FÉRTIL DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO- AMBATO – ECUADOR 2018

- 9.- MENDOZA JUÁREZ MARÍA EUGENIA MARGARITA "MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO 2012.
- 10.- RUIZ-ROSAS, ROBERTO A, CRUZ-CRUZ, POLITA DEL ROCÍO TORRES-ARREOLA LAURA DEL PILAR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, CAUSA DE MUERTE MATERNA. IMSS, DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2011
11. SUMBA JADAN LOURDES ELIZABETH: PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, FEBRERO DEL 2013.
- 12.- VILLANUEVA CARASSA JUAN MARTÍN, ASOCIACIÓN ENTRE LA HEMORRAGIA VAGINAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN EL PERIODO 2017 LIMA – PERÚ – 2018
- 13.- DILAS QUISPE KATHERINE YANEL, LA PREVENCIÓN DE UNA HEMORRAGIA ES EL FUTURO DE UN BEBE SANO"JULIACA – PERU 2017
- 14.- ACHO MEGO SEGUNDO CECILIO Y COLAB.: HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA 2011
- 15.- ARAMBURU MARTINEZ NAYET: AMENAZA DE ABORTO ABANCAY – APURIMAC 2017
- 16.- GONZÁLEZ A. AMENAZA DE ABORTO. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTRO AMÉRICA. 2011. COSTA RICA. 45(7). P. 54-60.
17. MSP. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTÁNEO, INCOMPLETO, DIFERIDO Y RECURRENTE ECUADOR. EDITORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. QUITO; 2013

- 18.- FERRI, J. ENFERMEDADES Y TRASTORNOS EN EL ABORTO ESPONTÁNEO MADRID: EDITORIAL ELSEVIER; VENEZUELA. 2016.
- 19- WILLIAMS: OBSTETRICIA 24 AVA EDICIÓN 2012
- 20.- CENETEC. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DE LA AMENAZA DE ABORTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. EDITORIAL MEGAPRINT. ESPAÑA; 2013
- 21.- LÓPEZ, MIRANDA A. GUÍA CLÍNICA PARA AMENAZA DE ABORTO ESPAÑA: MINISTERIO DE SALUD DE ESPAÑA Y POR EL HOSPITAL BENEFICENCIA ESPAÑOLA DE PUEBLA; 2013
- 22.- MEDINA A. COMPLICACIONES DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO. REVISTA CUBANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. CUBA. 2012
- 23.- MSP. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTÁNEO, INCOMPLETO, DIFERIDO Y RECURRENTE. MÉXICO. 2013.
- 24.- MINSA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS LIMA PERU 2010
- 25.- NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA. INSTITUTO MATERNO PERINATAL – MATERNIDAD DE LIMA. LIMA-PERÚ.
- 26.- MINISTERIO DE SALUD: GUÍA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. – PERÚ. 2012
- 27.- MINSA MANUAL DE ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA,2016
28. GALARZA D. PROTOCOLO SEGO. EMBARAZO MOLAR. REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA. PERÚ. 2012

- 29.- EZPELETA J. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL ASPECTOS CLÍNICOS Y MORFOLÓGICOS. REVISTA ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA. ESPAÑA. 2012
- 30.- RICCI P. EMBARAZO ABDOMINAL COMPLICADO DEL PRIMER TRIMESTRE. REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. CHILE. 2016
- 31.- HIDALGO D. EMBARAZO ECTOPICO. REVISTA CUBANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.CUBA. 2015 DICIEMBRE
- 32.- WILLIAMS GINECOLOGÍA EMBARAZO ECTÓPICO, 3EDIC.
[HTTPS://ACCESSMEDICINA.MHMEDICAL.COM › CONTENT](https://accessmedicina.mhmedical.com/content)
- 33.- WILLIAMS. ÉXITO Y FRACASO REPRODUCTIVO. EMBARAZO ECTÓPICO: OBSTETRICIA, 2DA EDICIÓN.
- 34.-DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO ESPAÑOL ESPAÑA: 2017
- 35.- CIFUENES B., RODRIGO. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA BASADA EN LA EVIDENCIA. DISTRIBUIDORA LTDA., BOGOTÁ – COLOMBIA, 2012
- 36.- HERRERA E, ORTIZ I. OBSTETRICIA BASADA EN LAS EVIDENCIAS. NORMAS DE MANEJO. CENTRO EDITORIAL CATORCE, COLOMBIA 2010.
- 37.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2013

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación: HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUANUCO 2019.

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
¿Cuáles son las causas de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019	Objetivo general: Determinar las hemorragias de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.	En el presente trabajo no se realiza la formulación de la hipótesis por ser un trabajo de tipo descriptivo.	VI: Hemorragias de la primera Mitad del Embarazo	Tipo de Investigación Descriptivo, retrospectivo, trasversal, cuantitativo
	Objetivos específicos			Muestra $n = 295$
	-Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.			
	-Identificar las características obstétricas de las gestantes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.			
	-Determinar los días de hospitalización que demandaron a las gestantes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019.		VD: Gestantes	

FICHA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

SEDE: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco

Características Sociodemográficos:

1. Edad: _____

2. Religión: _____

2. Estado civil: _____

3. Procedencia

Zona Urbana

Zona Rural

2. Ocupación:

Ama de casa ()

Estudiante ()

Trabajo de oficina ()

Otros: _____

Antecedentes Obstétricos:

3. Atención prenatal:

SI

NO

4. Paridad:

Primípara ()

Múltipara ()

Gran múltipara ()

5. Enfermedades previas: Enfermedad hipertensiva () Placenta previa ()

cirugía pélvica anteriores ()

Otros: _____

6.Edad gestacional

4 semanas

4 a 7 semanas

8 a 10 semanas

11 a 12 semanas

semanas

7.Diagnóstico:

Aborto

Embarazo ectópico

Embarazo molar

Aborto en curso

Aborto incompleto

8.Antecedentes de

Antecedentes de aborto

Antecedentes de embarazo ectópico

Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica

Antecedente de intervención quirúrgica

Antecedente de legrado uterino/AMEU

9. Tratamiento

- Tratamiento Médico
- . Tratamiento Quirúrgico Seguimiento
- Estancia Hospitalaria
- Condición al Egreso

10. Complicaciones

Ninguna

Hemorragia

Anemia

Post hemorragia

Shock hipovolémico