



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



**“PRINCIPALES PATOLOGIAS GINECO
OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA GINECO OBSTETRICA
DEL HRHVM HUÁNUCO ABRIL- SEPTIEMBRE 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

Bach: CONTRERAS APOLINARIO, Aquemi Sauri

ASESORA : MARCELO ARMAS, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2017

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO	6
INTRODUCCION.....	7
RESUMEN.....	9

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	18
1.3 Justificación de la investigación.....	18
1.4 Limitaciones de la investigación.....	18
1.5 Viabilidad de la investigación	18

CAPÍTULO II: OBJETIVOS

2.1 Objetivos generales.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de la investigación.....	20
3.2 Bases Teóricas.....	28
3.2. Definición de conceptos básicos.....	42

CAPÍTULO IV: HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1 Hipótesis.....	43
4.2 Variables.....	43
4.2.1 Variable Independiente.....	43
4.2.2 Variable Dependiente.....	43
4.3 indicadores.....	43

CAPÍTULO V: METODOS Y TECNICAS

5.1 Población y muestra.....	44
5.2. Tipo de investigación.....	45
5.3. Técnicas de recolección de datos.....	45
5.4. Técnicas de procesamiento de la información.....	45

VI: RESULTADOS (procesamiento de datos, discusión de resultado....	50
---	----

VI CONCLUSIONES	62
------------------------------	----

VIII RECOMENDACIONES	63
-----------------------------------	----

IX CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
--	----

XANEXOS	66
----------------------	----

ACTA DE SUSTENTACION

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico de forma muy especial, a las personas que en todo momento estuvieron a mi lado, brindándome su apoyo incondicional y desinteresado a mis padres y esposo, en especial a mi hija con mucho cariño y amor.

AGRADECIMIENTO

- A Dios todo poderoso, por permitirme llegar hasta donde me encuentro.
- A mis docentes, compañeros de estudios y amigos, a todos ellos infinitas gracias por el apoyo y la fortaleza que representaron para mí.
- A todas las personas quienes de una u otra manera me apoyaron incondicionalmente en el logro de mis objetivos

INTRODUCCION

Las emergencias gineco obstétricas son las patologías más frecuentes y de mayor porcentaje que se presentan en todos los establecimientos de salud, la mortalidad materna según lo señala la organización Panamericana de Salud aún sigue siendo alta, sobre todo en los países sub desarrollados y muchas veces se encuentra sub estimada, siendo las razones de esta situación múltiples, de igual forma la morbi mortalidad por patologías ginecológicas tiene niveles alto.

La mortalidad materna es multi causal y multifactorial, desde los nacimientos en domicilio sin una adecuada asistencia, cementerios clandestinos, hasta la falta de capacitación al personal de salud para reconocer y proceder al tratamiento oportuno de estos casos y se relacionan con graves consecuencias para la familia y la comunidad ya que va íntimamente relacionado con muchos casos de abandono infantil, desnutrición violencia y falta de desarrollo social, familiar y comunitario lo que trae como consecuencia a altos costos sanitarios y sociales, representando una gran amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país.

La mayoría de las morbilidades por causas obstétricas son las hemorragias ante parto y posparto, abortos y sus complicaciones, los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo, embarazos ectópicos, ruptura prematura de membranas, entre otros, Y las causas mayormente frecuente de las patologías ginecológicas son miomas uterinos, Hemorragias uterinas anormales, cáncer ginecológico, etc.¹

Las emergencias gineco obstétricas, hoy en día si bien es cierto va disminuyendo, pero aún representan un grave riesgo en la salud de la

mujer, especialmente durante toda su edad reproductiva, causando múltiples enfermedades que afectan su salud y que muchas veces los lleva a la muerte.

Información de la base de datos, reportada en América Latina, donde se refiere que la mortalidad materna extrema es escasa en algunos países como es el caso de Brasil, reportando que las mujeres admitidas por morbilidad de causa obstétrica, en la UCI durante el año 2002, donde se evidencia que las causa más frecuentes fueron la pre eclampsia y las hemorragias, siendo las causa también para los otros países latino americanos.²

La Morbilidad materna, complicación que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio y ponen en riesgo la vida de la mujer y que requieren de una inmediata atención con la finalidad de evitar muertes maternas, son las causa más frecuentes de la atención en casi todas las emergencias obstétricas de los establecimientos de salud. Las emergencias obstétricas y ginecológicas, se pueden dar en cualquier etapa de la edad reproductiva de la mujer tanto en adolescentes como en edades extrema, muchas veces el problema de estas patologías radica en la presencia de enfermedades crónicas que acompañan a estas edades, o los que se añaden en los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen muchas veces en prueba las reservas corporales, empeorando el pronóstico y los resultados de un embarazo dando lugar al incremento de la morbilidad materna que es causa de atención en los servicios de emergencia obstetricia, de igual forma las emergencias ginecológicas se ven incrementadas por los diferentes cambios hormonales que sufre el organismo de la mujer durante sus diferentes etapas de su salud sexual y reproductiva.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado **PRINCIPALES PATOLOGIAS GINECO OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA GINECO OBSTETRICA DEL HRHVM HUANUCO ABRIL- SETIEMBRE 2016**, tuvo como problema planteado ¿Cuáles son las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco y se realizó teniendo como objetivo general Determinar cuáles son las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica, fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, con una muestra de 1280 pacientes; obteniendo como resultado lo siguiente: la edad promedio que más prevaleció en el grupo de estudio fue el de las edades de 20 a 24 años con un porcentaje del 28% con un total de 352 pacientes en cuanto al estado civil, encontramos en el estudio que la media estuvo entre las convivientes con el 54% con un total de 690 pacientes. En relación al grado de instrucción que la que más incidencia tuvo el de nivel secundario con el 57%, con un total de 694 pacientes, en lo que respecta a la procedencia la moda se encuentra en las que son de la zona rural con el 61%, y con 782 pacientes, Referente a la religión que profesan las pacientes en estudio, el mayor porcentaje con el 49% se encontró en la religión católica con 593 pacientes, según la ocupación fueron las amas de casa con el 69%, teniendo un número de 882 pacientes, al tipo de paciente atendida se evidencia que hubo más pacientes obstétricas, representando el 96% con 1226 pacientes atendidas, De acuerdo al tratamiento que recibieron las pacientes en el servicio el 80% fueron hospitalizadas haciendo un número de 1022, dentro de las emergencias ginecológicas del total de pacientes atendidas, el mayor porcentaje de pacientes fueron las que presentaron HUD con el 2% con 25 pacientes,

Las patologías que más prevalecieron en la atención de las emergencias gineco obstétricas durante el período de estudio, fueron las pacientes que presentaron Trabajo de parto(a término y pre término), 333 pacientes, Cesareada anterior en T de P 301, aborto incompleto 260, pre eclampsia leve 60, amenaza de aborto 56

Que el mayor porcentaje de pacientes atendidas en la emergencia gineco obstétrica estuvo en pacientes referida de los diferentes establecimiento de salud del departamento de Huánuco, con el 69% haciendo un total de 882 pacientes mientras que las no referidas solo llegaron al 31%, con 398 pacientes atendidas, y finalmente las pacientes atendidas que presentaron las complicaciones fueron en su mayoría por causas obstétricas maternas con el 96% con 1179 casos.

SUMMARY

The present research work **entitled MAIN GYNECO OBSTETRIC PATHOLOGIES IN PATIENTS ATTENDED IN THE EMERGENCY SERVICE GINECO OBSTETRICS OF HRHVM HUANUCO APRIL-SEPTEMBER 2016**, had as problem raised what are the main obstetric gynecological pathologies in patients treated in the emergency obstetric gynecological service Of the Regional Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco and was carried out with general objective To determine which are the main obstetrical gynecological pathologies in patients attended in the obstetrical gynecological emergency service, was a descriptive, prospective and cross-sectional study, with a sample of 1280 Patients; With the following results: the most prevalent age group in the study group was the age group of 20 to 24 years old, with a percentage of 28%, with a total of 352 patients in terms of marital status. The average was among the cohabitants with 54% with a total of 690 patients. In relation to the level of education that had the highest incidence had the secondary level with 57%, with a total of 694 patients, as far as origin is concerned the fashion is in those who are from the rural area with 61 %, And with 782 patients, the highest percentage with 49% was found in the Catholic religion with 593 patients, according to the occupation were the housewives with 69%, having a Number of 882 patients, the type of patient attended shows that there were more obstetric patients, representing 96% with 1226 patients attended. According to the treatment received by the patients in the service, 80% were hospitalized by making a number of 1022, within Of the gynecological emergencies of the total number of patients attended, the highest percentage of patients presented HUD with 2% with 25 patients,

The most prevalent pathologies in obstetrical gynecological emergency care during the study period were patients presenting with labor (preterm and preterm), 333 patients, previous Caesarea in T of P 301, incomplete abortion 260, Mild preeclampsia 60, threatened abortion 56

That the highest percentage of patients treated in the obstetric gynecological emergency was in referred patients from the different health establishments in the department of Huánuco, with 69% making a total of 882 patients, whereas the non-referred patients only reached 31%, with 398 Patients attended, and finally the patients attended who presented the complications were mostly due to maternal obstetric causes with 96% with 1179 cases.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Tanto la obstetricia como la ginecología vienen a ser especialidades de la medicina que tienen como finalidad de atender todas las necesidades en relación a la salud integral de la mujer, a lo largo de las diferentes etapas de su vida.

Se denomina emergencias obstétricas a aquellas situaciones urgentes y que ponen en peligro inmediato la vida de la mujer gestante, es pues una situación muy crítica de riesgo vital inminente en la que la vida de la embarazada puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman las medidas oportunas e inmediatas.

Las emergencias ginecológicas por otra parte vienen a ser las situaciones apremiantes de atención que es importante para salvaguardar la salud y la vida de la paciente en edad reproductiva, estas emergencias que en su mayoría se presentan como un dolor abdominal y que es frecuente causa de atención en los servicios de emergencias gineco obstétricas⁴.

Según los informes y datos señalados por la Organización Mundial de la Salud durante el año 2013 las mujeres que fallecieron como consecuencia del embarazo, parto y puerperio llegaron a la cifra de 289,000 mujeres, sin embargo esta cifra representa un descenso en el 49% respecto al año 1990. Refiere además que la mayoría de estas defunciones se debieron a la poca disponibilidad de personal competente en la prestación de la atención de rutina o la atención de las emergencias obstétricas. Sin embargo se reporta que desde el año 1990 en países como Asia y África del Norte, han reducido en más de la mitad las muertes maternas. Pero aun siendo así en África Subsahariana una de cada 38 mujeres corren el riesgo de morir como consecuencia del embarazo, parto o puerperio en algún momento de su vida, mientras que en los países desarrollados

estas cifras se ven bastante disminuidas siendo la proporción de una en 3700 mujeres. Las

Emergencias obstétricas pueden estar relacionadas íntimamente a causas maternas o causas fetales, en dependencia de su origen, sin embargo cualquiera que sea la causa que produzca la emergencia la madre como el producto de la gestación se encuentran en riesgo.

Por su parte las emergencias ginecológicas son aquellos que afectan directamente al sistema reproductor de las mujeres. Pudiendo afectar, el útero, la vagina, ovarios, mamas, entre otras áreas del **sistema reproductor femenino**. En muchas ocasiones, ya sean por pudor u otros tabúes sociales, las personas son reticentes a realizarse los exámenes ginecológicos necesarios. Sin embargo, los problemas en el sistema reproductor son muy delicados, por lo que es muy necesaria el control periódico y el conocimiento de las afecciones y los síntomas.⁵

Evelio Cabezas en un estudio realizado nos manifiesta que entre las preocupaciones ginecológicas más frecuentes se encuentran **los trastornos menstruales, las infecciones vaginales, la cistitis y los quistes de ovarios**. Por lo tanto se hace necesario y muy importante prestar atención ante amenazas como el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama.

Las patologías que se presentan durante el embarazo, el parto y el puerperio son muy frecuentes y vienen a constituir las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. Además manifiesta que en el mundo, existen alrededor de cinco millones de mujeres que padecen enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10 % fallecen. De estas defunciones el 80 % de los casos las muertes pueden ser evitables, pero para ello sin lugar a dudas se necesita de un entorno adecuado y propicio para una maternidad segura. La necesidad de una atención de calidad en forma continuada y con la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante

el parto y el postparto, el acceso a los servicios de salud y a una buena y balanceada nutrición disminuye el riesgo de una muerte materna. A esto se añade la situación socioeconómica de

Las mujeres que limita el acceso a una educación básica y, en esto traen como consecuencia, la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. Además todavía existen mujeres que no tienen acceso a una asistencia sanitaria cuando la necesitan, debido, en ocasiones, a prácticas culturales, en otros casos resultados de la no disponibilidad de servicios básicos, como el agua, el saneamiento, la práctica de hábitos saludables y el control de las enfermedades, además de la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos. La falta de poder de decisión de la mujer incide negativamente y lleva a muchas a una vida de embarazos repetidos. La pobreza, las barreras en la educación, la inestabilidad sociopolítica como expresión de la persistencia de inequidad entre los géneros y de la desigualdad económica y social, son factores trascendentales que contribuyen a una elevada morbilidad y mortalidad materna en estas poblaciones. La morbilidad y la mortalidad materna tienen repercusiones para toda la familia y un impacto que reaparece a través de las generaciones. Las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres traen enormes consecuencias a los niños. Los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven.⁶

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La OMS, UNICEF y la UNFPA, reportan que en el mundo cada minuto muere una mujer debida como consecuencia de complicaciones derivadas del parto -alrededor de 529.000 todos los años- y la gran mayoría son de países en vías de desarrollo.

En el África subsahariana una de cada seis mujeres tiene más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto, en comparación con 1 de cada 4.000 en los países industrializados, la mayor diferencia entre países ricos y pobres en cualquiera de los indicadores de salud.

Esta enorme disparidad está reflejada en varias declaraciones y resoluciones mundiales. En septiembre de 2001, 147 jefes de estado apoyaron colectivamente los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5: reducir la tasa de mortalidad infantil en dos terceras partes y la tasa de mortalidad derivada de la maternidad en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Firmemente vinculado a estos objetivos se encuentra el 6: detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Las causas directas de la mortalidad derivada de la maternidad son la hemorragia, las infecciones, el parto obstruido, los trastornos hipertensivos del embarazo y las complicaciones derivadas de los abortos realizados en condiciones peligrosas. Hay discapacidades relacionadas con el nacimiento que afectan a muchas más mujeres y no reciben tratamiento, como las lesiones de los músculos de la pelvis, de otros órganos o de la médula espinal.

Otro riesgo que sufren las mujeres embarazadas es el paludismo. Puede conducir a la anemia, que aumenta el riesgo de mortalidad infantil y derivada de la maternidad y genera problemas para el desarrollo de los recién nacidos. Las carencias nutricionales contribuyen también al bajo peso y a la existencia de defectos de nacimiento.

La infección por VIH es una amenaza cada vez mayor. La transmisión de madre a hijo del VIH en entornos de escasos recursos, especialmente en aquellos países donde la infección entre los adultos sigue aumentando o se ha estabilizado a niveles muy elevados, sigue siendo un importante

problema, ya que hasta un 45% de las madres VIH-positivas transmiten la infección a sus hijos. Además, el VIH se ha convertido en la principal causa de mortalidad derivada de la maternidad en países muy afectados como Sudáfrica.

Una gran mayoría de estas muertes y discapacidades se pueden prevenir, ya que sobre todo se deben a una atención insuficiente durante el embarazo y el parto. Alrededor del 15% de los embarazos y de los partos necesitan atención obstétrica de emergencia debido a complicaciones que resulta difícil predecir.

El acceso a la atención especializada durante el embarazo, el parto y el primer mes después del nacimiento es fundamental para salvar las vidas de estas mujeres, y las de sus hijos.

La mortalidad materna es un problema de salud pública y de derechos humanos. Los altos índices de morbilidad y mortalidad materna llaman la atención porque afectan el derecho de las mujeres y las niñas a la vida, a la salud, a la igualdad, a la no discriminación y al goce de los avances del conocimiento científico, reconocen las Naciones Unidas. La razón de mortalidad materna (el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) está disminuyendo muy lentamente para que se pueda alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5), que busca reducir la tasa de mortalidad materna en un 75 % entre 1990 y 2015. Cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial solo muestran una reducción anual inferior al 1 %. Esta pequeña disminución se refleja principalmente en países con una mortalidad materna relativamente baja. En los países con las mayores cifras apenas hay progresos en los últimos 15 años. En el año 2005 fallecieron 536 000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con las 576 000 fallecidas en 1990. El 99 % de estas muertes se registraron en países en desarrollo. Las cifras correspondientes al 2005 son las más exactas que

existen por el momento y las únicas en las que las tendencias de la mortalidad materna han sido calculadas mediante procedimientos interinstitucionales. Las nuevas estimaciones de la mortalidad materna muestran que se está haciendo progresos en los países de ingresos medios, pero en la mayoría de los estados los avances no son suficientes para el logro del ODM 5.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna y en otras regiones, como Asia y el norte de África, los progresos han sido aún mayores; Asia oriental fue la que más se acercó a esa cifra, con una reducción del 4,2 % anual. 14 Pero entre 1990 y 2008 la razón de mortalidad materna mundial solo ha disminuido en 2,3 % al año, porcentaje que está lejos de la reducción del 5,5 % anual necesaria para alcanzar el ODM.⁷

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

De los antecedentes del problema se formula la siguiente interrogante

¿Cuáles son las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco abril-setiembre 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

En la actualidad a pesar de que las patologías gineco obstétricas, tienden a disminuir, sin embargo persiste en toda la población femenina en edad reproductiva la notable preocupación por cursar en algún momento de sus vidas alguna complicación gineco obstétrica. De igual modo se hace evidente la preocupación de los responsables de velar por mejorar las condiciones de salud de esta grupo poblacional, debido a ello se hace necesario que cada día las pacientes deben ser tratadas en forma rápida ante las patologías gineco obstétricas que se les presenta y evitar que aun existan altos porcentajes de morbilidad y mortalidad debido a estas

causas. Es por ello que considero importante realizar este estudio, para poder identificar al grupo de pacientes con patologías gineco obstétricas y de alguna forma establecer estrategias para que disminuyan estos hechos que afectan la salud de la mujer.

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- Dentro de las limitantes que considero para la ejecución del presente trabajo:
- No se cuenta con muchos trabajos de investigación relacionados con el tema.
- En los registros de historias clínicas del Hospital faltan datos que ayuden a realizar una buena investigación.

CAPITULO II: OBJETIVOS

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se planteó los siguientes objetivos:

2.1. Objetivo General

- Determinar cuáles son las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco Abril-Setiembre 2016.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar las principales patologías ginecológicas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco abril- setiembre 2016

- Determinar las principales patologías obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco abril- setiembre 2016.
- Determinar la frecuencia, el grupo etario de las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco abril- setiembre 2016.
- Determinar grupos de mayor riesgo de las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco abril- setiembre 2016.

CAPITULO III: MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Las emergencias obstétricas vienen a ser complicaciones que se producen como consecuencia del embarazo, parto o puerperio que por lo general son muy frecuentes y su atención depende sobre todo de la experiencia del personal que las atienden. Las emergencias obstétricas engloban una serie de patologías que se presentan de manera aguda y que requieren de la colaboración entre distintas especialidades para su resolución. Otra de las características de la emergencia obstétricas es que normalmente se resuelve por la concurrencia de múltiples profesionales de diferentes disciplinas. El entrenamiento multiprofesional y multidisciplinario ha demostrado muy buenos resultados en la reducción de la morbilidad asociada a las patologías gineco obstétricas.

Una emergencia obstétrica no es solo una situación que pone en riesgo la vida de la madre y el feto, sino que además pone a prueba la calidad de la

capacidad organizativa y profesional de un equipo y un hospital. Muchas emergencias obstétricas son eventos centinela de cuya evaluación se extraen numerosas enseñanzas. Del análisis de cómo se ha producido la emergencia y cómo se ha resuelto, surgen en la mayoría de las ocasiones conclusiones, que permiten mejorar aún más el comportamiento del equipo obstétrico y la organización sanitaria que lo sustenta. Aunque una emergencia obstétrica se haya resuelto, no supone que la organización o los profesionales no hubieran podido hacer algo distinto y mejor que hubiera reducido la morbi mortalidad materno-fetal.

Una Emergencia Obstétrica es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida de la gestante y o su bebe • Una Emergencia Obstétrica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

El término urgencias o emergencias se refiere a un hecho o accidente que requiere acción inmediata. Dado que en este capítulo nos vamos a referir a urgencias del ámbito obstétrico, es bueno recordar que la obstetricia en particular tiene la característica de que un porcentaje importante de los partos podría ocurrir en sitios sin ninguna infraestructura. Sin embargo, el 15% a 20% de los partos puede requerir de cuidados cuya ausencia se asocia a morbimortalidad materna y perinatal. La otra condición agravante es que si bien existen tablas de factores de riesgo que permiten reconocer en las madres embarazadas aquellas que requieren cuidados especiales, las urgencias se producen muchas veces en mujeres sin factores de riesgo. Desafortunadamente, un número significativo de las emergencias obstétricas ocurre en pacientes sin factores de riesgo, por lo que la prevención, identificación precoz e intervención a tiempo de estos eventos juegan un rol fundamental para contrarrestar un resultado perinatal adverso.⁸

Según el Ministerio de Salud (MINSA) informó que en el Perú, para el año 2011, la razón de muerte materna fue de 92,7 evidenciando una

reducción en comparación con años anteriores. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna del MINSA, existe un descenso; sin embargo, se mantiene la brecha entre departamentos puesto que según la procedencia de las mujeres que fallecieron el 80% de las muertes maternas se registra en 12 departamentos del país. De los cuales, Lima y Loreto ocuparon el primer y quinto lugar. 5-6 Las principales causas de muerte directa según regiones naturales entre los años 2002-2011 fueron: la hemorragia, que ocupa el primer lugar en la sierra y en la selva con el 51,6% y 38,4% respectivamente, y la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) que es más frecuente en la costa con el 38,4%. 7 En 2013, se registraron 379 muertes maternas relacionadas al embarazo y parto; y en siguiente año (2014) esta cifra aumentó a 409, este incremento se da después de un descenso de la mortalidad materna durante los años anteriores. Tales son los casos registrados en Lima, Cajamarca y La Libertad que presentan el mayor número de muertes maternas (40, 32 y 26 respectivamente).⁹

3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Dentro de los antecedentes internacionales encontramos:

Trabajo de investigación realizado por Álvarez Escoto Karla Lucrecia, Ruíz Talavera Mario Jesús, en relación a la calidad de atención de las emergencias obstétricas concluyeron: La existencia de muchos factores, que representan las debilidades, siendo alguno de ellos, los recursos humanos que no eran lo suficientemente necesarios ni los idóneos para la atención requerida, por otro lado no se contaba con una adecuada infraestructura ni con el equipamiento propicio, trayendo consecuentemente demasiada insatisfacción de las pacientes, sobre todo en lo que concierne a la infraestructura. De la misma manera concluye que si bien.

Sin embargo también encontraron aspectos positivos en la atención ya que se encontró que se brindaba una atención completa y el Hospital

cuenta y asume con un Plan de contingencia para la reducción de la mortalidad materna reforzando la capacitación permanente del personal responsable de la atención y realizando el monitoreo de los expedientes clínicos. .

Se reporta en el estudio que si bien el Hospital carece de una buena infraestructura, adolece de recursos humanos y de algunos equipos necesarios para una buena atención, pero que cuenta con la cantidad necesaria de insumos médicos, de mobiliarios y ropa necesaria como para resolver un problema de emergencia obstétrica. Sin embargo por tener estas limitantes hace que las pacientes no se sientan satisfechas durante su estadía lo cual es recalado por el personal que labora en este centro asistencial. Con muchos esfuerzos se ha logrado mejorar en el cumplimiento de las normas y protocolo de manejo de emergencias obstétricas y la incursión del hospital en la barrera de contención para la reducción de las muertes maternas la cual ha sido significativa en el último trimestre del 2007.¹⁰

En un estudio realizado por Martínez Nuñez Victoria Lisbeth de Paz Morataya Cristina Eunice en la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012, en pacientes que ingresaron a la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Cuilapa obtuvo que de un total de pacientes con complicaciones obstétricas el principal factor clínico fue la hipertensión arterial, siendo la eclampsia con un 28.57%.

De igual manera señala en la conclusión del estudio realizado, que por cada 100.100 nacidos vivos, mueren 71 mujeres como consecuencia de las complicaciones obstétricas, con mayor prevalencia de las enfermedades hipertensivas del embarazo, ya sea durante el embarazo, parto y puerperio. Otras causas de admisión de pacientes obstétricas fueron el shock hemorrágico obstétrico, sepsis, shock séptico, siendo algunas causas determinantes la paridad, no haber llevado una atención pre natal adecuada.¹¹

Estudios realizados por Álvarez Escoto Karla Lucrecia, Ruíz Talavera Mario Jesús, en el hospital Victoria Matta en el año 2012, llegaron a la conclusión que pese a ser considerada esta institución de salud, como buena, con tendencia a mejorar durante el periodo de estudio, se encontraron debilidades en la atención de las emergencias obstétricas, como ser: Los recursos humanos son muy pocos y no se encuentran debidamente capacitados, la infraestructura es bastante inadecuada con falta de un buen equipamiento, debido a ello existe poca satisfacción de las usuarias sobre todo debido a la infraestructura del servicio de obstetricia. De igual modo, pese a los esfuerzos que realiza la institución, hay carencia de muchas cosas que son necesarias para una buena atención, sin embargo goza de una cantidad necesaria de insumos médicos, ropa y mobiliario como para resolver una emergencia obstétrica; sin embargo las limitantes que tienen hacen que las pacientes no se sientan satisfechas durante su permanencia, lo cuales recalcado por el personal que trabaja en dicho centro asistencial. Del mismo modo con grandes esfuerzos se han logrado mejorar en cuanto se refiere al cumplimiento de las normas y protocolos referentes al manejo de emergencias obstétricas y la incursión del hospital en la barrera de contención, para reducir las muertes maternas, lo cual ha sido bastante significativa durante los últimos meses del año.¹²

En el año 2011, en San Salvador, Espinoza Montoya Rhossy Hassell: realizó un trabajo de investigación sobre la evaluación de la implementación de la estrategia de plan de parto y su incidencia en la disminución de la morbi mortalidad materna

perinatal, como consecuencia de dicho trabajo encontró como resultado lo siguiente: Las unidades de salud no cuentan con los recursos humanos capacitados adecuadamente para una buena atención de las emergencias obstétricas,, si bien es cierto se cuentan con todos los insumos y la papelería necesaria, sin embargo estas no se llenan en

forma correcta y su llenado es incompleto, se evidencia bajas coberturas de la inscripción y del seguimiento de la atención prenatal, pos natal y del parto intra hospitalario así como de la disminución de las tasas de mortalidad. Si bien es cierto que los líderes y las gestantes conocen la estrategia del plan de parto y, sus actitudes y prácticas so de aceptación, sin embargo no se conocen la existencia de las casas de espera para la comunidad gestante que se encuentra en riesgo.

También llegaron a la conclusión, luego de un análisis realizado, que para la aplicación de la estrategia del plan de parto de todas maneras es necesario contar con los recursos humanos capacitados, que en la actualidad no se dispone con ellos, de igual forma en relación a los medicamentos, insumos y a la papelería son materiales importantes para brindar una atención de calidad y completa, pero si bien es cierto se cuenta con dichos insumos, pero el manejo no es el adecuado.

Por otro lado manifiestan que una buena organización y participación de la comunidad es un pilar importante y fundamental en una buena planificación para la atención del parto y esto está realizado de una forma transitoria y débil por los trabajadores de salud.

La promoción y la educación sanitaria que viene a ser otro factor importante en cuanto a la atención integral de la salud; para la búsqueda oportuna de los problemas de salud en la comunidad, las bajas coberturas en relación a los indicadores maternos, vienen a representar el mal cumplimiento de la normativa aun cuando se h notado una disminución en los porcentajes de muerte materna perinatal.

De igual forma llegaron a la conclusión de que el buen trato por parte del personal de salud a todos los usuarios es de vital importancia para la aceptación a los

Servicios de salud, está condición fue encontrada y que se ve reflejada en cuanto a la mejora de la accesibilidad a los servicios de las gestantes.

En relación a los líderes y las embarazadas entienden que planificar su parto es pensar en salir embarazada y luego planificar todo lo que involucra el periodo gestacional, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, así como lo establece la estrategia, se comprobó que el personal de salud les ha explicado la importancia de planificar su parto, los signos y síntomas de peligro por lo que tiene que consultar y la necesidad del parto en hospital e inscripción al niño a control infantil. El hogar de espera materna se alojan gestantes con algún riesgo socio-económico y geográfico que necesite un seguimiento y traslado oportuno al hospital.¹³

3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En el reporte anual realizado en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé de Lima al realizar el análisis de los servicios de obstetricia y ginecología se pudo observar que la primera causa de la morbilidad durante el año 2011 fueron las Vaginitis agudas con 1360 casos que representan el 15,66% en relación al total de patologías atendidas en el referido servicio, en el año 2010 la primera causa de morbilidad en el mismo servicio también fueron las Vaginitis agudas con 1172 casos que representan el 16,12%. Durante el año 2011, en el segundo lugar aparecen las infecciones urinarias con 589 casos y el 6,78% mientras que en el año 2010 también ocuparon el segundo lugar las infecciones urinarias con 569 casos representando el 7,83% de los casos. En Obstetricia de Alto riesgo la atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa ocupa el primer lugar con 529 casos que representan el 20,80% de los casos atendidos en el servicio, manteniéndose igual que en el año 2010 en el que se atendieron 252 casos que es el 16,04% de los casos de ese servicio, en segundo lugar en el año 2011 aparece la anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio con 158 casos que representa el 6,21% de los casos atendidos en el mencionado servicio, a diferencia del año anterior en el que aparecen en segundo lugar las vaginitis agudas con 152

Casos que es el 9,68% de todos los casos presentados en ese servicio. En Obstetricia normal, en el año 2011 en primer lugar aparece infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo con 198 casos que es el 17,37% de los casos atendido en Obstetricia normal, en cambio en el año 2010 el primer lugar lo ocupan las vaginitis agudas con 212 casos que es el 29,82% de todos los casos.¹⁴

Gómez Silva Ybeth Yessica NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: HEMORRAGIA DURANTE EL PARTOPOSTPARTO Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN INTERNOS DE OBSTETRICIA DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO - JUNIO 2015" Lima – Perú 2015 .Los internos de obstetricia resultaron principalmente con un nivel medio en el conocimiento del diagnóstico (59,7%), manejo (69,4%) y medidas preventivas (54,8%) para la hemorragia durante el parto-postparto. De forma similar fueron los resultados del conocimiento en el diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensos en el embarazo, donde se observó niveles medios de conocimiento en el 54,8 % y 66,1% respectivamente, sin embargo el 58,1% de los internos obtuvieron niveles altos de conocimiento para las medidas preventivas de los trastornos hipertensos en el embarazo.¹⁵

En el trabajo de investigación efectuado por Casana Guerrero Gabriela Stefany en el Hospital Santa Rosa de Trujillo en el año 2014 llegaron a conclusión una vez finalizada la investigación, que la edad que prevalecía como promedio por el grupo de casos en estudio fue de 27.56 y para el grupo de control osciló en 27.56 años. Referente a los factores de riesgo que estuvieron asociados a la recurrencia de la pre eclampsia se encontró en los casos y de controles 24.24 y 15.15 % respectivamente. De igual forma la multiparidad se halló en 48.48% en los casos y en los controles 18.18% respectivamente. Referente al intervalo intergenesico se determinó que ésta se encontraba prolongado en un 51.52% para los casos de

Estudio y para los controles estuvo en un 15.15%. Siendo entonces que la multiparidad, primipaternidad, intervalo intergenésico prolongado y el antecedente de pre eclampsia precoz resultaron ser factores de riesgo asociados a pre eclampsia recurrente.¹⁶

Altamirano Girano Angélica: FACTORES DE ALTO RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL 2009 -LIMA – PERÚ 2012 Resultados: La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%.¹⁷

Rubio Ocampo Milagros del Rosario “FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DURANTE LOS AÑOS 2011-2014”– Iquitos Perú 2015

CONCLUSIONES • Se realizaron 62 casos de Histerectomía Obstétrica, 70.9% (44) de ellos se dieron en pacientes que tuvieron cesárea, 24.1%(15) en pacientes que tuvieron parto eutócico y 4.8%(3) en pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por aborto incompleto. • No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia con la Histerectomía Obstétrica. • Se encontró asociación entre las características clínicas obstétricas, pero solamente una relación estadísticamente significativa en cuanto a multiparidad. Siendo así, tenemos: o Número de gestaciones: Mayor a 5, OR=2.85 (IC al 95 % de 0.81 a 8.22) o Paridad: OR nulíparas/primíparas = 1.49 (IC 95%, de 0.49-4.51). OR nulíparas /múltiparas= 3.2 (IC 95%, de 1.32- 7.71)* OR nulíparas/gran múltiparas= 2.42 (IC 95% de 0.57 -10.13) o Cesareada anterior, OR = 1.63 (IC 95%, 0.74-3.73) o CPN, OR= 0.65 (IC 95%, 0.139-3.04) o Edad gestacional: OR= Término/PreTérmino = 1.49 (IC 95%, 0.66-3.23). OR = Término /PosTérmino= 1.11 (IC 95%, 0.09-12.85). o Intervalo Inter-genésico, OR= 2.4 (IC 95%, 0.79-7.23) o Embarazo Multifetal, OR= 3.31 (IC 95%, 0.88-12.43) • Se encontró como principal indicación de Histerectomía Obstétrica la Atonía Uterina en 65.9%, en segundo lugar la miomatosis 6.8%, seguida de Inminencia de Rotura Uterina, Hemorragia, Acretismo Placentario, Útero de Couvelaire, Shock Hemorrágico en 4.5%

58¹⁸

3.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontró trabajos de investigación relacionados al tema.

3.2. BASES TEORICAS

3.2. EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Dependiendo de las causas que la originan las emergencias obstétricas pueden ser por causas maternas o por causas fetales, independientemente a la causa que la genere estas complicaciones traen

como consecuencia graves riesgos tanto para la madre y el futuro bebé, por lo tanto requieren de una inmediata y adecuada atención y son una de las patologías que mayor incidencia tienen en los establecimientos de salud.

DEFINICIONES Y CONSIDERACIONES GENERALES

Las emergencias obstétricas vienen a constituir eventos materno perinatales, que tienen como origen materno y fetal, convirtiéndose en un inminente y grave peligro para la salud y vida de la madre o del feto a también para ambos. Por consiguiente requiere una conducta inmediata del personal especializado para estos casos ya que la demora en la atención provoca graves consecuencias y muerte. Las emergencias obstétricas son complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo, parto y puerperio. Durante el embarazo puede ocurrir en la primera mitad de esta y las más frecuentes son: aborto, embarazo ectópico, mola hidatiforme, en la segunda mitad del embarazo: Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina. Durante el parto. Rotura uterina, desgarro de partes blandas, retención placentaria, atonía uterina. Durante el puerperio: Hemorragias, infección, vasculitis.

La clasificación de las emergencias Obstetricas en la actualidad, se realizan de acuerdo al evento sea este hemorrágico o no, siendo las causas hemorrágicas las más frecuentes las que se relacionan con la mayor morbi mortalidad materna, por lo que se hace importante la rapidez en el diagnóstico y tratamiento que deben guiar la conducta de los profesionales que las atienden Muchas veces estas emergencias terminan en números considerables en intervenciones quirúrgicas, siendo estas intervenciones las que presentan la mayor probabilidad de causar mortalidad materna que otros procedimientos.

Según el quinto objetivo del Milenio que es mejorar la salud materna y como meta se propone reducir hasta el año 2015 a tres cuartas partes las causas de la mortalidad materna, se viene aplicando diferentes estrategias para lograr ello, sin embargo, a pesar de observarse desde el año 2000

una tendencia a la disminución de este indicador, la realidad nos refleja que aún estamos muy lejanos de cumplir la meta señalada y ya pasamos el 2015, prevaleciendo las mismas causas de mortalidad materna dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace varios años atrás. Estas causas siguen siendo las enfermedades hipertensivas del embarazo, hemorragias durante la gestación tanto de la primera mitad como de la segunda mitad de esta, sepsis y otras infecciones puerperales.¹⁹

Es de mucha importancia el de saber reconocer los signos y síntomas de alarma durante el transcurso del embarazo, siendo estos principalmente las hemorragias durante cualquier edad gestacional, cefaleas intensa, visión borrosa, la pérdida de líquido por vía vaginal, edema de los miembros inferiores, alza térmica, aumento de los valores de la presión arterial, los embarazos múltiples, las cesareadas anteriores, fetos con mala ubicación dentro del claustro materno, el estado nutricional de las embarazadas, presencia de contracciones uterinas antes de las 37 semanas, o presencia de contracciones uterinas por más de 12 horas. Las emergencias obstétricas más frecuentes que se atienden en los servicios de emergencia obstétrica, son por lo general:

LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO:

Mola Hidatiforme.- Definida como enfermedad de la Placenta, desarrollada después de que la gestación, es de causa aún desconocida, donde el embrión se muere y continúa proliferándose en forma muy rápida el epitelio trofoblástico como si fuera un tumor maligno. Hay presencia de la formación de vesículas basculares edematosas, claras, estas se van uniendo en cúmulos característicos que toman la forma de racimos de uvas. Los signos y síntomas son: hiperémesis gravídica o náuseas intensas, sangrado vaginal, un útero demasiado grande o muy pequeño para la edad gestacional, durante las pruebas con el ultrasonido no se detectan movimientos fetales ni latidos cardíacos, los niveles de

HCG se encuentran elevados en relación a la edad gestacional, durante la expulsión de los tejidos se observan como racimos de uva.

EL DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO MOLAR.- Para el diagnostico de esta complicación se hace uso de los exámenes de laboratorio, donde en el examen de sangre se encuentra muy elevado los niveles de HCG, de la misma forma la prueba del ultrasonido es útil para el diagnostico

EL TRATAMIENTO.- El procedimiento más utilizado viene a ser el legrado uterino.²⁰

EMBARAZO ECTOPICO

El embarazo ectópico es definido como la implantación del ovulo fecundado en un lugar diferente a la capa endometrial del útero, usualmente ocurre dicha implantación en las trompas de Falopio.

ABORTO: Aborto está definido como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y con un feto que pesa menos de 500 gramos, ésta puede ser espontaneo o provocado.

TIPOS DE ABORTO:

Aborto espontaneo.- se denomina aborto espontaneo cuando se produce la pérdida de la gestación de manera abrupta, se pierde al feto por causas naturales. Según los datos estadísticos señalan que entre 10 al 50% de los embarazos finalizan como consecuencia de un aborto natural o espontaneo, que generalmente está condicionada por la salud materna.

Aborto provocado o inducido.- es la pérdida del embarazo debido provocado intencionalmente con el objetivo de eliminar al producto de la gestación, se calcula que cerca de 46 millones de mujeres durante un año, recurren a prácticas abortivas intencionales. De esta cifra cerca de 20 millones lo practican en forma insegura, poniendo en riesgo la vida de la mujer.

Aborto electivos.- es la eliminación de la gestación en forma legal, suele ocurrir cuando el embarazo es producto de una violación, o cuando hay

peligro inminente de la salud de la mujer por causa del embarazo. En la mayoría de países esta práctica abortiva está prohibida por las leyes, con excepción de algunos.

LA PLACENTA PREVIA

Viene a ser la inserción anormal de la placenta que es en el orificio interno del útero durante la gestación. La placenta previa de acuerdo a la ubicación se clasifica en:

La Placenta previa total: Es cuando el orificio cervical interno está cubierto completamente por la placenta. La Placenta previa parcial: Cuando el orificio cervical interno está cubierto parcialmente por la placenta. Placenta previa de inserción baja: Es aquel en el que el borde placentario se encuentre a unos 3 cm. del orificio cervical interno. La exacta etiología es desconocida por lo que se considera de causa multifactorial y determinadas condiciones se asocian a una mayor incidencia de placenta previa: a) Alteraciones endometriales o miometriales: antecedentes de cesares, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años miomas uterinos. b) Aumento relativo de masa placentaria embarazo gemelar, fetos de altura, tabaquismo. c) La asociación entre la placenta previa y cicatriz de cesárea es de particular importancia debido al considerable aumento de esta intervención y el mayor riesgo de acretismo placentario que implica. Causas Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja del útero. Pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto. Algunas veces, la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino. Esto se denomina placenta previa. Existen diferentes formas de placenta previa: Marginal: la placenta está al lado del cuello uterino pero no cubre la abertura. Parcial: la placenta cubre parte de la abertura cervical. Completa: la placenta cubre toda la abertura cervical.

Síntomas El síntoma principal de la placenta previa es un sangrado vaginal súbito. Algunas mujeres presentan cólicos también. El sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre. El sangrado puede ser intenso y potencialmente mortal. Puede detenerse por sí solo, pero puede empezar de nuevo días o semanas después. El trabajo de parto algunas veces empieza al cabo de varios días después del sangrado abundante. Algunas veces, es posible que el sangrado no ocurra hasta después del comienzo del trabajo de parto.

Tratamiento .Casi todas las mujeres con placenta previa necesitan una cesárea. Si la placenta cubre todo o parte del cuello uterino, un parto vaginal puede causar sangrado intenso, lo cual puede ser mortal para la madre y el bebé. Si la placenta está cerca del cuello uterino o está cubriendo una parte de éste, el médico puede recomendar: Reducir actividades Guardar reposo en cama Descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales, ni practicarse duchas, ni usar

Tampones No se debe colocar nada en la vagina. Es posible que usted deba permanecer en el hospital para que el equipo médico pueda monitorearlos cuidadosamente a usted y al bebé. Otros tratamiento que usted puede recibir incluyen: Transfusiones sanguíneas Medicamentos para prevenir un parto prematuro Medicamentos para ayudar a que el embarazo continúe por lo menos hasta la semana 36 Inyección de un medicamento especial llamado Rhogam si su tipo de sangre es Rh negativo Inyecciones de esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé maduren. Se puede hacer una cesárea de emergencia si el sangrado es abundante y no se puede controlar. **Pronóstico** El mayor riesgo es el sangrado intenso que puede ser potencialmente mortal para la madre y el bebé. Si tiene sangrado profuso, el bebé tal vez necesite nacer de manera prematura, antes de que los órganos mayores, como los pulmones, se hayan desarrollado.²¹

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

Definición: Es la separación de la placenta de su sitio de implantación antes de que se produzca el parto fetal. Parte del sangrado puede insinuarse entre las membranas y el útero y drena por el orificio externo Hemorragias externa. Menos frecuente es que el sangrado salga al exterior quede entre la placenta despegada y el útero Hemorragia oculta que significa de mayor riesgo gravedad. De acuerdo a la gravedad del cuadro se clasifica, en: 1. Grado I: Hemorragia escasa o ausente. El diagnostico se hace usualmente en el posparto. La mortalidad perinatal no está aumentada. Representada las formas leve y moderada que constituye el 80 % de los desprendimientos y que comprometen menos del 25% de superficie **placentaria. Grado II:** Hemorragia ante parto oscura. Alteración de la contractibilidad uterina deto vico. Sufrimiento fetal agudo del 90% de los casos. La mortalidad perinatal esta aumentada particularmente en los que tiene parto vaginal. El desprendimiento de superficie placentaria e mayor 50% y la posibilidad de CIVD 30%. Grado III: Incorpora las características del grado II, pero existe muerte fetal. En un grupo se presenta Coagulación intravascular diseminada. En esta grado se dan las muertes maternas Las causas primaria es desconocida pero su presentación es más común en grupos de mujeres gestantes

con ciertos hábitos o características o con portadoras de patologías, lo cual convierte en grupos de riesgo. Así más frecuente en gestantes añosas nulíparas, que presenten pre eclampsia, hipertensión crónica, ruptura prematura de membranas, DPP previos, miomas uterino, diabetes mellitus o gestacional, inserción ve lamentosa del cordón , cordón corto, sobre distención uterina, trombofiliasas y en las que tienen hábito de fumar o e consumir cocaína Entre los factores de riesgo se pueden mencionar: Trastornos de la coagulación de la sangre (trombofilias) Tabaquismo Consumo de cocaína Diabetes Beber más de 14 tragos de alcohol por semana durante el embarazo Presión arterial alta durante el

embarazo (aproximadamente la mitad de los casos de desprendimiento prematuro de placenta que llevan a la muerte del bebé están asociados con hipertensión arterial). Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta Aumento de la distensión uterina (puede ocurrir con embarazos múltiples o un volumen muy grande de líquido amniótico) Gran número de partos anteriores Edad avanzada de la madre. Ruptura prematura de membranas (la bolsa de agua se rompe antes de las 37 semanas en el embarazo) Miomas uterinos Síntomas Dolor abdominal Dolor de espalda Contracciones uterinas frecuentes Contracciones uterinas sin ninguna relajación de por medio Sangrado vaginal Pruebas y exámenes Los exámenes pueden abarcar: Ecografía abdominal Conteo sanguíneo completo Monitoreo fetal Nivel de fibrinógeno Tiempo parcial de tromboplastina Examen pélvico Conteo de plaquetas Tiempo de protrombina Ecografía vaginal Tratamiento El tratamiento puede incluir administración de líquidos a través de una vena (vía intravenosa) y transfusiones de sangre. Igualmente, se hará un control cuidadoso de la madre en búsqueda de síntomas de shock. Se vigilará al feto en busca de signos de sufrimiento fetal, que incluye frecuencia cardíaca anormal. Se puede necesitar una cesárea de emergencia. Si el bebé está muy inmaduro y hay sólo un pequeño desprendimiento de placenta, la madre puede ser hospitalizada para observación minuciosa y se le puede dar de alta a los pocos

días si su estado no empeora y cualquier sangrado se detiene. Si el feto está lo suficientemente desarrollado, se puede practicar un parto vaginal si es seguro para la madre y el niño; de lo contrario, se puede hacer una cesárea. Pronóstico La madre generalmente no muere a raíz de esta afección. Sin embargo, cualquiera de los siguientes factores aumenta el riesgo de muerte tanto de la madre como del bebé.

Los síntomas del abruptio son sangrado genital oscuro, dolor abdominopélvico intenso y contracciones uterinas. La ecografía es de poca utilidad en el diagnóstico aunque puede observarse en estados tempranos y tardíos la presencia de sangre retroplacentaria. El diagnóstico se basa en la clínica y la presencia de alteración del estado fetal evidenciado por pérdida de la reactividad, la variabilidad y alteración de los parámetros biofísicos

COMPLICACIONES COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA.

Se identifica en 10% de las pacientes con abruptio. Es más grave en las pacientes con óbito fetal secundario. Se genera por un fenómeno protrombótico local con depleción sistémica del fibrinógeno y de la producción de fibrina con hipofibrinogenemia. ÚTERO DE COUVALLIER Es una complicación posparto secundaria a la infiltración eritrocitaria del endometrio que le da un aspecto violáceo sin permitirle la contracción adecuada, lo que lleva a hemorragia profusa. El tratamiento es la histerectomía Rotura Uterina. (RU) Es la solución de la continuidad de la pared uterina, no quirúrgica, que ocurre durante el embarazo, una vez que el feto ha alcanzado su viabilidad y que pone en peligro la vida de la gestante, del producto o de ambos. Esta rotura ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas. Es una complicación grave y se acompaña de

alta mortalidad materna y perinatal. La incidencia es muy variable, algunos autores reportan 1 rotura espontánea cada 2000 nacimientos, mientras que otros plantean frecuencias de 8 por cada 1000 nacimientos. Los factores que intervienen en la rotura uterina son heterogéneos y las causas más frecuentes son: Cesárea o histerotomía previa (aumenta 8

veces la posibilidad de rotura uterina). Presión excesiva sobre el fondo uterino (maniobra de Kristeller). Legrados uterinos a repetición. Fórceps e intervenciones destructoras. Uso inapropiado de oxitócicos. Gran multiparidad. Anomalías uterinas. Acretismo placentario y DPP. Mola invasora y carcinoma cervical. Fetales: macrosomía, malformaciones.

Clasificación. La rotura uterina se puede clasificar de acuerdo a su extensión, su forma de presentación y antecedentes obstétricos.

a) Según su extensión: Rotura completa: Cuando la lesión abarca todo el espesor de la pared uterina e involucra al peritoneo visceral. Rotura incompleta: Cuando la lesión se extiende solo al músculo uterino quedando el peritoneo intacto.

b) Según la forma de presentación: Rotura espontánea: surge con útero indemne por distensión sostenida del segmento inferior, entre estas causas tenemos: pelvis estrecha, hidrocefalia, situación transversa y tumores pelvianos. Rotura traumática: Se origina por efecto de una violencia externa o por procedimientos obstétricos tales como versiones internas y gran extracción podálica, colocación de fórceps medio, maniobra de Kristeller y extracción manual de la placenta.

c) Según el antecedente obstétrico: Con antecedente de cicatriz uterina: Se presenta luego de una cesárea, miomectomía y correcciones de malformaciones uterinas. Sin antecedente de cicatriz uterina: La rotura ocurre en anomalías placentarias como placenta ácreta y mola invasora.

Manifestaciones Clínicas. La rotura uterina va precedida por signos y síntomas que hacen pensar que en poco tiempo va a ocurrir. El más común es el sufrimiento fetal en el trabajo de parto y le siguen en orden de frecuencia: dolor abdominal, hemorragia vaginal, falta de descenso de la presentación, hipertoniá uterina y alteración del contorno uterino. El dolor se inicia a nivel del segmento uterino y se caracteriza por persistentes contracciones,

se acentúa con la palpación y, en ocasiones se acompaña de los signos de Bandl y de Frommel. El signo de Bandl se caracteriza por la distensión marcada del segmento inferior con ascenso de anillo de Bandl (límite superior del segmento cervico uterino) que puede llegar al ombligo y el signo de Frommel se origina porque los ligamentos redondos se ponen en tensión y parecen cuerdas que tiran del segmento. La coexistencia de ambos signos se conoce como el síndrome de Bandl-Frommel y se asociados con sufrimiento fetal agudo conforman el cuadro clínico de inminencia de rotura uterina. Además al examen físico también se puede apreciar que en ciertas ocasiones el útero asemeja a un reloj de arena, en el tacto vaginal puede apreciarse el cuello alto y engrosado tirando de la vagina.

Rotura Uterina Consumada: Después de los signos y síntomas anteriormente descritos, en el clímax de una contracción enérgica, la paciente se queja de un dolor agudo y cortante en el abdomen inferior y, a menudo, puede sentir que “algo se le ha roto” dentro de ella. Inmediatamente luego de esto cesan las contracciones uterinas y la gestante que estaba ansiosa, excitada y con dolor agudo, experimenta ahora un gran alivio. En ese momento puede sentir movimientos fetales muy activos que cesan cuando el feto muere. Como consecuencia de la rotura, aparece un sangramiento rojo radiante que puede no ser intenso, porque la mayor cantidad de sangre se encuentra en la cavidad peritoneal, y por eso llama la atención el mal estado de la paciente que no se corresponde con el aparente escaso sangramiento.

Aspectos Diagnósticos. Además de las manifestaciones clínicas, el diagnóstico definitivo de rotura uterina se establece por medio de la visión directa durante el acto operatorio o con la revisión manual de la cavidad uterina. Las roturas uterinas de la pared posterior no son infrecuentes y, en muchas ocasiones, son difíciles de diagnosticar si el examinador es inexperto.

Aspectos Terapéuticos: Si se sospecha de RU se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. Histerorrafia se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad, se encuentren hemodinámicamente estables al

momento de la laparotomía y donde la reparación sea técnicamente factible. Se ha

señalado una tasa de rotura uterina recurrente de 4 a 10% en pacientes con histerorrafia previa, por lo que se recomienda la cesárea electiva tan pronto se confirme madurez fetal. La histerotomía se recomienda en pacientes añosas, que hayan completado el número de hijos deseados, cuando la rotura es muy amplia y anfractuosa o cuando se comprometa el futuro obstétrico. Pronóstico. La rotura uterina se acompaña de un incremento notable en el índice de complicaciones y muerte materna. El diagnóstico precoz, la intervención rápida, la disponibilidad de sangre y la antibioticoterapia han mejorado de manera considerable el pronóstico materno. El pronóstico fetal es malo porque en las etapas previas a la rotura uterina el feto puede fallecer por el síndrome de hiperdinamia y en los casos de rotura completa la muerte fetal es casi segura. Otras Causas Obstétricas. Una vez descartadas la Placenta Previa, el Desprendimiento Prematuro de Placenta y la Rotura Uterina como la causa de las hemorragias se debe establecer la posibilidad de rotura de vasa previa o rotura del seno marginal 4.- Rotura de Vasa Previa. Constituye una anomalía en la que los vasos umbilicales tienen una inserción velamentosa y atraviesan las membranas ovulares en el segmento uterino inferior, por delante de la presentación fetal. Esta patología tiene una incidencia de 1/2000 a 3000 partos y se observa con mayor frecuencia en embarazos gemelares. El sangrado genital generalmente ocurre cuando se produce la ruptura espontánea de membranas por laceración de los vasos 30 umbilicales. La hemorragia es de origen fetal por lo que puede haber sufrimiento y muerte fetal. Aunque no se presente la ruptura de los vasos puede haber hipoxia, cuando la parte fetal que se presenta comprime los vasos contra la pelvis materna. La vasa previa con sangrado vaginal se asocia con mortalidad fetal entre 75 y 100% de los

casos y la muerte fetal secundaria a compresión del cordón se encuentra entre el 50 y 60%. El diagnóstico generalmente se realiza postparto al revisar los anexos de un feto muerto o gravemente comprometido. En los pocos casos de sobrevida fetal, el diagnóstico clínico se sospecha cuando existe sangrado genital y alteración de la frecuencia cardíaca fetal después de la rotura de las membranas, con placenta de inserción normal o cuando por tacto vaginal se palpa un vaso pulsátil. Entre los métodos paraclínicos utilizados para el diagnóstico se encuentran: la confirmación

de la presencia de componentes de sangre fetal en el líquido vaginal a través de la electroforesis de hemoglobina, el test de Kleihauer y el test de desnaturalización alcalina o test Ogita, que tiene la ventaja de no requerir equipo sofisticado. Otros métodos son la amnioscopia previa a la amniorrexis y el estudio ecosonográfico que permite visualizar el vaso sanguíneo atravesando las membranas ovulares cerca del orificio cervical interno. Una vez comprobado el diagnóstico se debe proceder a realizar una cesárea, a menos que el feto este muerto o el cuello este totalmente dilatado. El pronóstico materno es excelente porque esta es la única condición en la cual existe una elevada tasa de mortalidad fetal y ausencia de mortalidad materna. Rotura del Seno Marginal. El seno marginal es un colector venoso, venas dilatadas y lagos venosos, que recorre el margen de la placenta y lleva sangre de retorno a la circulación materna, aunque no existe evidencia anatómica del mismo. Es otra causa de hemorragias y el síntoma principal es la hemorragia vaginal de moderada intensidad, de sangre roja sin coágulos que ocurre durante el reposo o el sueño y que se puede detener en forma espontánea al formarse el coágulo que obtura el desgarró. En algunos casos el episodio se puede repetir con sangrado más abundante.²²

BASES TEORICAS DE LAS EMERGENCI GINECOLOGICAS

LAS EMERGENCIAS GINECOLÓGICAS:

También vienen a ser patologías que las mujeres presentan frecuentemente y son causas de las atenciones en el servicio de

emergencias obstétricas y ginecológicas: dentro de estas patologías las más frecuentes son: Las dismenorreas, hemorragias uterinas anormales, miomatosis uterina, quiste ovárico, absceso de bartholino entre otras.

DISMENORREA.-

Es el dolor pélvico que presenta la mujer, durante o en los días previos a la menstruación, este dolor se irradia a la zona lumbar y muslos, también pueden presentar náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, cefaleas, cansancio, cambios en el estado de ánimo.

CLASIFICACION DE LA DISMENORREA:

Esta se clasifica en:

Dismenorrea Primaria.- se caracteriza por la ausencia de patologías orgánicas

Dismenorrea secundaria.- Se relaciona con enfermedades pélvicas como son: la endometritis, la adenomiosis, las enfermedades inflamatorias pélvicas, tumores, estenosis cervical, DIU, congestión pélvica y anomalías uterinas.

DIAGNOSTICO DE LAS DISMENORREAS

Se realiza dependiendo del tipo de dismenorrea. Si es primaria el diagnostico se basa que esta se inicia a unos meses o a los uno o dos años de haberse iniciado la menarquia, cuando ya los ciclos menstruales se vuelven ovulatorios, sucede generalmente en las nulíparas. La dismenorrea secundaria se diagnostica cuando se inicia en forma más tardía.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa normalmente en la etiopatogenia sobre todo en la dismenorrea primaria y se fundamenta en medicamentos anovulatorios, o los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas. Cuando existe dolor severo se le administrara los calcios antagonistas, beta miméticos, antiespasmódicos, etc.

En el caso de las dismenorreas secundarias el tratamiento será el tratar la causa que la originó.²³

EL ABSCESO DE BARTHOLINO

También llamado bartholinitis, viene a ser la obstrucción del conducto de la glandular de Bartholino, que como consecuencia se produce retención de secreciones y dilatación quística. El diagnostico se basa en la evidencia de una masa dolorosa, presencia de edema, inflamación, fiebre y dispareunia.

El tratamiento consiste en el drenaje simple llamado Marsupializacion, así mismo los baños de asiento, y los antibióticos.

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EIP)

Es la presencia de un dolor pélvico- abdominal bajo, muchas veces se da al inicio o al término de la menstruación. Con presencia de leucorrea purulenta, hay sensibilidad en el abdomen, en el útero y anexos y también a la movilidad cervical. El diagnóstico se base si existe presencia en algunos casos de distensión abdominal, fiebre, leucocitosis y masa anexial, se debe realizar el diagnóstico diferencial con la apendicitis, quiste ovárico roto, con el embarazo ectópico, con el aborto infectado séptico, endometritis, pielonefritis entre otras enfermedades.

E relación al tratamiento, esta puede ser ambulatorio o con la paciente hospitalizada, si el caso fuera ambulatorio se debe administrar Ofloxacina 400 mg VO BID x 14 días + Metronidazol 500 mg VO BID x 14 días. Alternativo: Ofloxacina + clindamicina 450 mg VO QID x 14d. ó Ceftriaxona 250 mg IM x 1 dosis + Doxiciclina 100 mg VO BID x 14 días.

Reevaluar en 48-72 horas. Si la paciente se encuentra hospitalizada se administra: Cefotetan 2 g IV BID + Doxiciclina 100 mg IV/VO BID o Cefoxitin 2 g IV c/6h + Doxiciclina 100 mg IV/VO BID Continuar doxiciclina hasta completar 14d.

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Son sangrados que se presentan independientemente a las fechas normales de la menstruación, estos sangrados tienen etiologías orgánicas, como el Sangrado genital anormal: Etiologías Orgánicas: en el Embarazo, sangrado del Cuello uterino, del Endometrio, del Cuerpo uterino, los Síndromes hemorrágicos.

TRATAMIENTOS

El tratamiento ha de individualizarse según la causa específica del sangrado anormal. En el caso de la hemorragia uterina disfuncional, debida a la anovulación, el tratamiento será la toma de fármacos que restauren la ovulación o bien permitan un control de la hemorragia.²⁴

QUISTE OVARICO

Los ovarios vienen a constituir una parte del aparato reproductor de la mujer, estas Generan los óvulos y producen hormonas femeninas. Los quistes ováricos son sacos llenos de líquido en o sobre un ovario. Generalmente, se forman durante la ovulación, cuando el ovario libera un óvulo. Por lo general son inofensivos y desaparecen solos. La mayoría de las mujeres los tienen en algún momento de su vida.

En su mayoría los quistes ováricos son pequeños y no causan síntomas. Es posible que las mujeres no descubran que los tienen hasta someterse a un examen pélvico.

Si hay presencia de algunos síntomas, estas pueden incluir: Presión, hinchazón, inflamación, Dolor en la parte baja del abdomen, en el lado donde está ubicado el quiste. El tratamiento de los quistes generalmente

no las necesita. Por lo regular estos desaparecen alrededor de las 8 a 12 semanas de manera espontánea. Si existen quistes frecuentes pueden utilizar las píldoras anticonceptivas sin que estas disminuyan el tamaño. También existe el tratamiento quirúrgico para extirpar el quiste o el ovario con el fin de verificar que no sea cáncer ovárico.²⁵

3.3. DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS

Emergencia: Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. **Una emergencia es una atención de forma urgente y totalmente imprevista, ya sea por causa de accidente o suceso inesperado**

Emergencia Obstétrica.- es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida de la gestante y o su bebe. Una Emergencia Obstétrica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

Patología.- es aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado, y por otro lado el que dice que la patología es aquella parte de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades y del conjunto de sus síntomas.

Patologías ginecológicas son las que afectan el aparato genital de la mujer. Se previenen con el examen ginecológico periódico, con el estudio de Papanicolaou y la colposcopía. Las "**enfermedades ginecológicas**" son aquellas propias de la mujer, que afectan su aparato genital.²⁶⁻²⁷

CAPITULO IV: HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1 HIPÓTESIS

Ha. Las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril

- setiembre 2016, son aquellas que son originadas por complicaciones del embarazo parto y puerperio.

Ho.- Las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016, son aquellas que no son originadas por complicaciones del embarazo parto y puerperio.

4.2 VARIABLE

4.2.1 Variable Dependiente

Principales Patologías gineco obstétricas

4.2.2 Variable independiente

Pacientes atendidas en el Servicio de emergencia gineco obstétrica del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano.

4.3 INDICADORE: - edad. - estado civil. - nivel de instrucción.

-Procedencia. - religión. - ocupación.

CAPITULO V: METODOS Y TECNICAS DE ESTUDIO

5.1 Población y muestra

5.1.1. Población

La población en estudio estuvo constituida por las pacientes que acuden a su atención en la Emergencia gineco obstetrica del Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huanuco, abril - setiembre del 2016. Siendo un total de 1862 paciente durante el periodo del estudio

5.1.2.Muestra

La muestra esta conformada por 1862 pacientes atendidas en la Emergencia gineco obstetrica del Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” – Huanuco, abril -setiembre del 2016.

Cálculo y tamaño de la muestra

Muestra.- Para obtener la muestra se empleó la siguiente formula:

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2(p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

p1 = pacientes atendidas en el servicio de Emergencia de GO HRHVM 70%

p2 = pacientes que no acuden al servicio de Emergencia de GO HRHVM 15%

q1 = pacientes que acuden al servicio de Emergencia de GO HRHVM que no tendrán la efectividad esperada 30%

q2 = pacientes que acuden al servicio de Emergencia de GO HRHVM y tendrán la efectividad esperada 85%

Z = 1,64; para α = para un valor nivel error = 0,05 (5%)

Z = 0,84; Para β = para un valor nivel error = 0,20 (20%)

n= 1280

5.1.3. Tipo de Muestreo:

No Probabilística.

5.2. Tipo de Investigación.

El presente trabajo es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

5.3. Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos será la ficha elaborada previamente y los datos se obtendrán del libro de registro de atenciones diarias del servicio de emergencias gineco obstetricas.

5.4. Técnicas de procesamiento de información

El procesamiento de la información será mediante el programa SPSS, para luego ser presentada a través de tablas estadísticas.

5.4.1. Criterios de selección para las usuarias de inclusión:

Dentro de los criterios de inclusión solo se consideró:

- Pacientes atendidas en la Emergencia gineco obstetrica del Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco con patologías gineco obstétricas

5.4.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes atendidas en la Emergencia gineco obstetrica del Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco sin patologías gineco obstétricas.

CAPITULO VI: RESULTADOS

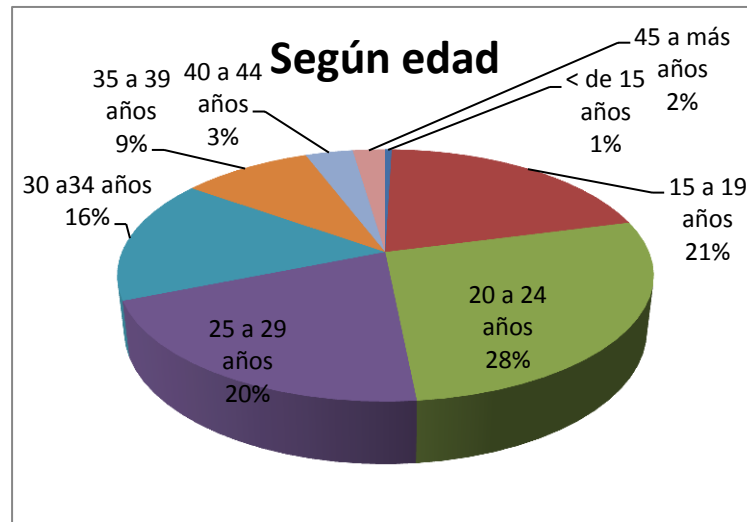
“PRINCIPALES PATOLOGÍAS GINECO OBSTÉTRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA GINECO OBSTÉTRICA DEL HRHVM HUÁNUCO ABRIL- SETIEMBRE 2016”

SEGÚN EDAD

Tabla N° 1

Según edad	Nº	Porcentaje
Menor de 15 años	06	01
15 a 19 años	262	21
20 a 24 años	352	28
25 a 29 años	262	20
30 a 34 años	204	16
35 a 39 años	120	09
40 a 44 años	44	03
45 a más	30	02
Total	1280	100

Gráfico N° 1



Interpretación.- Se evidencia según el gráfico que la edad promedio que más prevaleció en el grupo de estudio fue el de las edades de 20 a 24 años con un porcentaje del 28% con un total de 352 pacientes gineco obstetricas atendidas, sin embargo también puede observarse que la incidencia de atenciones en las emergencias gineco obstetricas son las pacientes adolescentes de entre los 15 a 19 años que estan con un porcentaje del 21% , con 262 pacientes; Así mismo las edades de entre 25 a 29 años se encuentran con un porcentaje del 20%.

“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGÚN ESTADO CIVIL

Tabla N° 2

Según estado civil	Nº	Porcentaje
Soltera	259	20
Casada	331	26
conviviente	690	54
Total	1280	100

Gráfico N° 2



Interpretación.- De acuerdo al estado civil, encontramos en el estudio que la Media estuvo entre las convivientes con el 54% con un total de 690 pacientes que acudieron a la emergencia gineco obstétrica durante el tiempo de estudio, seguidas del estado civil casada con un porcentaje de 26% con un número 331

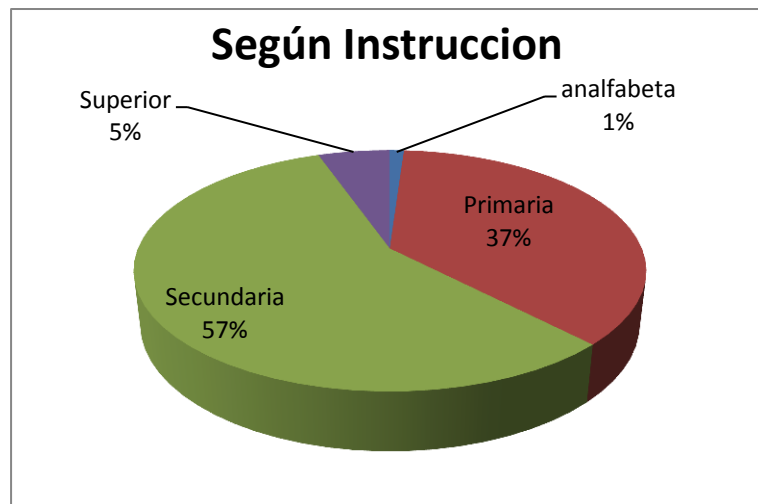
“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 3

Según grado de instrucción	Nº	Porcentaje
Analfabeta	13	01
Primaria	477	37
Secundaria	714	57
Superior	76	05
Total	1280	100

Gráfico N°3



Interpretación.-En relación al grado de instrucción se observa que la que más incidencia tuvo el de nivel secundario con el 57%, con un total de 714 pacientes, luego las de nivel primario con un 37% y con un número de pacientes de 477.

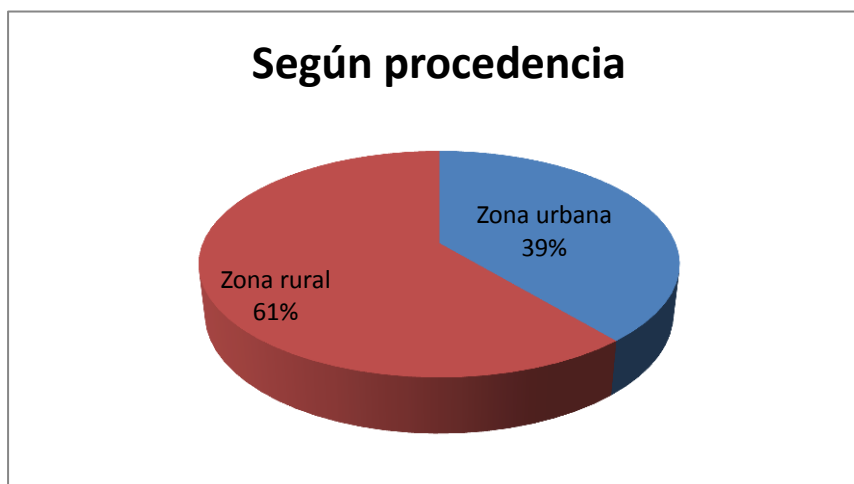
“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGÚN PROCEDENCIA

Tabla N° 4

Según procedencia	Nº	Porcentaje
Zona Urbana	498	39
Zona rural	782	61
Total	1280	100

Gráfico N°4



Interpretación.-Se observa en el presente gráfico que en lo que respecta a la procedencia la moda se encuentra en las que son de la zona rural con el 61%, y con 782 pacientes, mientras que las que procedieron de la zona urbana se encuentra en el 39% con un total de 498 pacientes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas

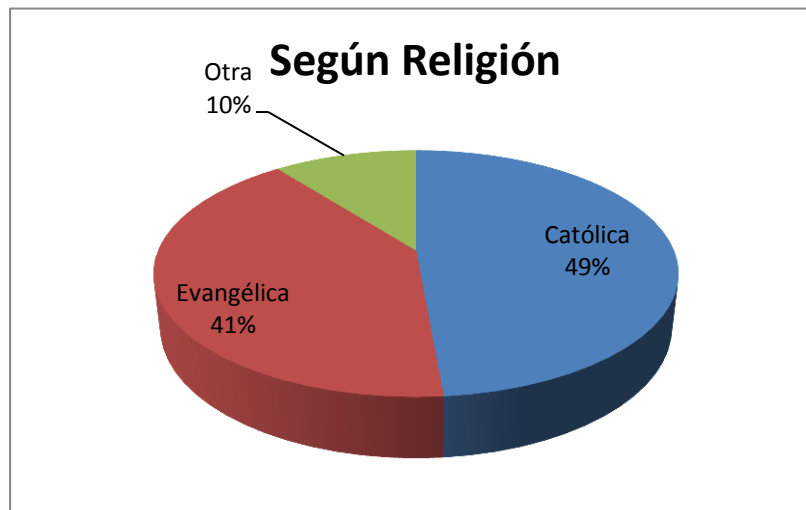
“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGÚN RELIGION

Tabla N°5

Según religión	Nº	Porcentaje
Católica	593	49
Evangélica	498	41
Otra religión	189	10
Total	1280	100

Gráfico N°5



Interpretación. Referente a la religión que profesan las pacientes en estudio, el mayor porcentaje con el 49% se encontró en la religión católica con 593 pacientes, sin embargo se nota también que el grupo de las que tienen la religión evangélica es el 41% con un total de 498 pacientes.

“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGÚN OCUPACION

Tabla N° 6

Según ocupación	Nº	Porcentaje
Ama de casa	882	69
Negociante	139	11
Trabajo eventual	259	20
Total	1280	100

Gráfico N°6



Interpretación.- Se evidencia en el presente gráfico que la mayoría de pacientes que fueron atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas durante el periodo de estudio, según la ocupación fueron las amas de casa con el 69%, teniendo un número de 882 pacientes, luego las que contaban con un trabajo eventual con el 20% y un total de 259 pacientes atendidas.

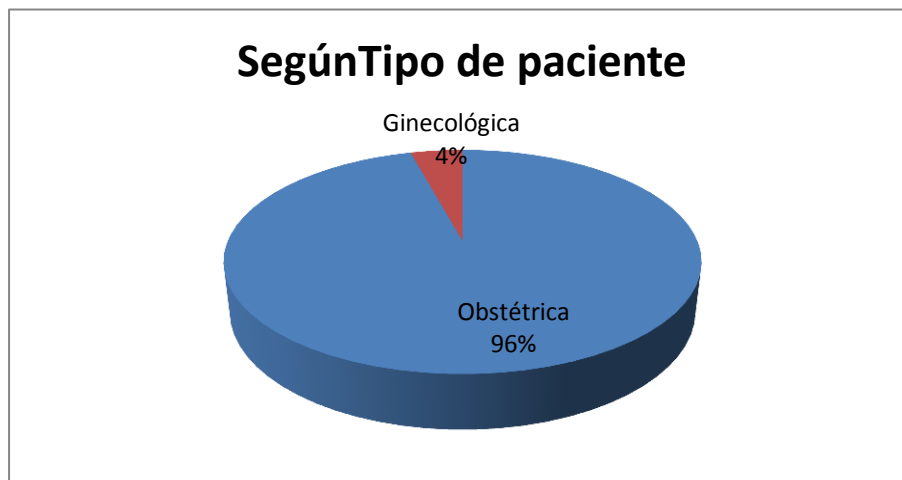
“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGÚN TIPO DE PACIENTE

Tabla N°7

Tipo de paciente	Nº	Porcentaje
Obstétrica	1226	96
Ginecológica	54	4
Total	1280	100

Gráfico N°7



Interpretación.- En cuanto al tipo de paciente atendida se evidencia que hubo más pacientes obstétricas, representando el 96% con 1226 pacientes atendidas, mientras que las pacientes tendidas ginecológicas solo representaron el 4% con 54 pacientes.

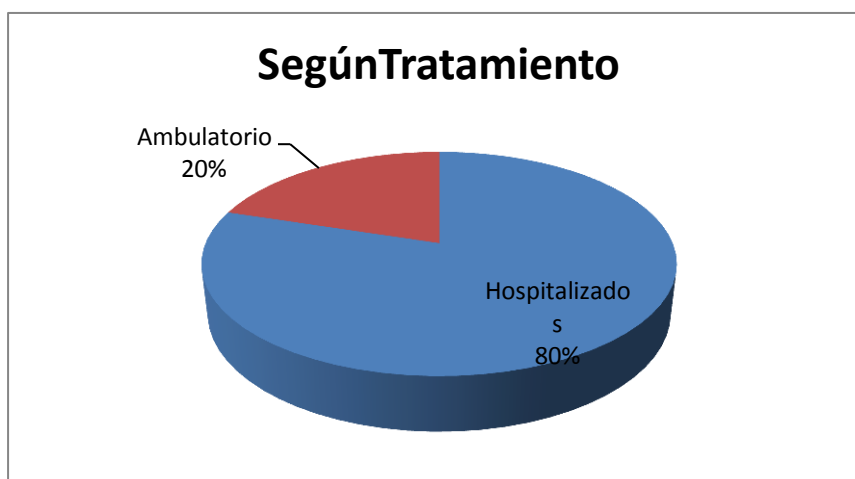
“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGUN TIPO DE TRATAMIENTO

Tabla N° 8

Tipo de Tratamiento	Nº	Porcentaje
Hospitalización	1022	80
Ambulatorio	258	20
Total	1280	100

Gráfico N°8



Interpretación.- De acuerdo al tratamiento que recibieron las pacientes en el servicio el 80% fueron hospitalizadas haciendo un número de 1022, mientras que las que recibieron tratamiento ambulatorio fueron 258 pacientes que representan el 20%.

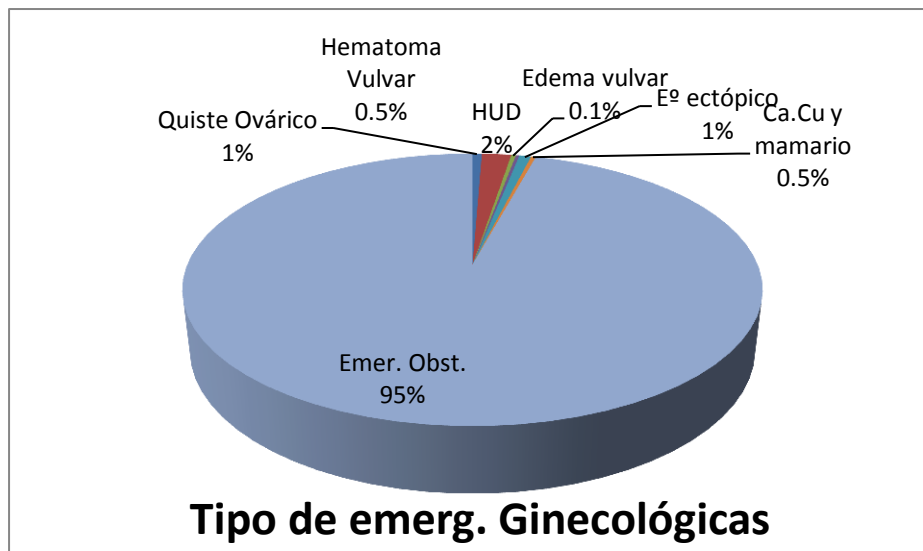
“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGUN TIPO DE EMERGENCIA GINECOLOGICA

Tabla N° 9

Emergencias ginecológicas	Nº	Porcentaje
Quiste ovárico	08	01
HUD	25	02
Edema vulvar	04	0.5
Hematoma Vaginal	03	0.1
Embarazo ectópico	10	01
Cáncer cervico uterino	04	0.5
Emergencia obstétrica	1226	95
Total	1280	100

Gráfico N°9



Interpretación.- Se puede notar que dentro de las emergencias ginecológicas del total de pacientes atendidas, el mayor porcentaje de pacientes fueron las que presentaron HUD con el 2% con 25 pacientes, seguidas de las que presentaron quiste ovárico y embarazo ectópico ambos con el 01% con 10 y 08 pacientes respectivamente, pacientes que portaban el edema vulvar y el cáncer cérvico uterino fueron en porcentaje del 0.5% con un total de 04 pacientes encada patología y se nota que las emergencias obstétricas estuvieron con el 95% de pacientes atendidas con 1226.

“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

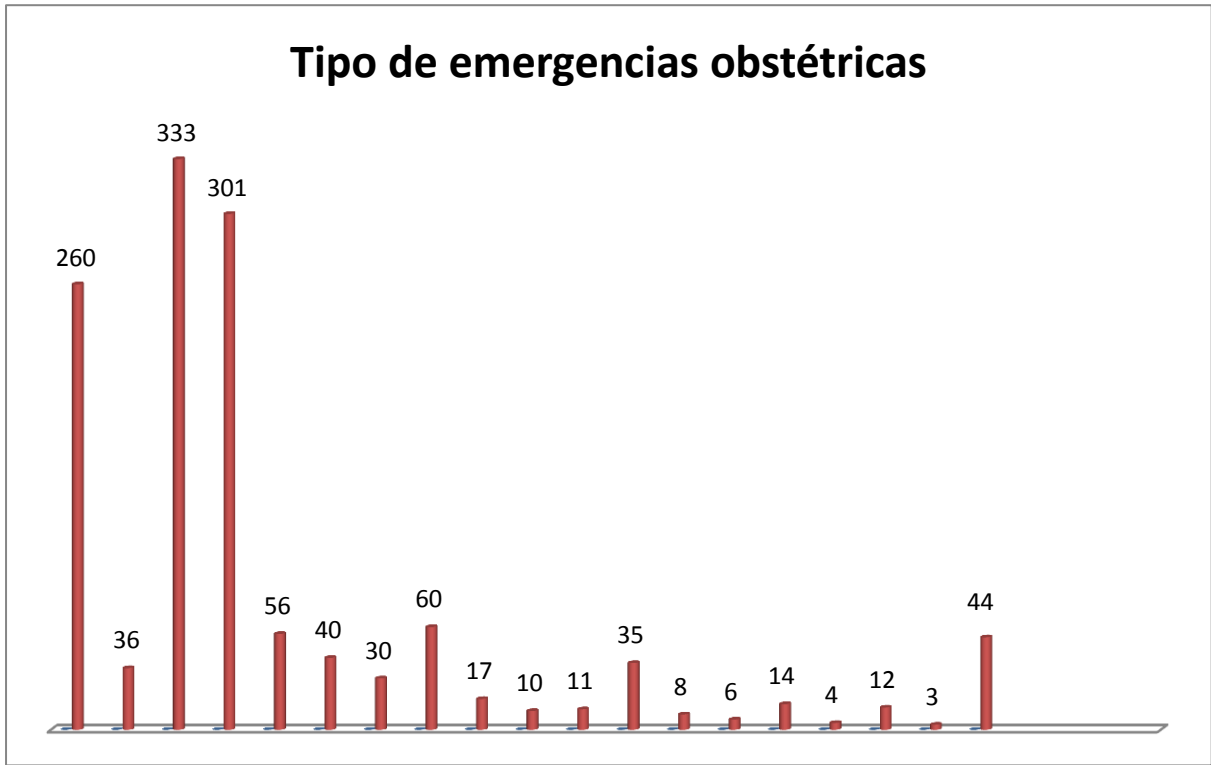
SEGÚN TIPO DE EMERGENCIA OBSTETRICA

Tabla N° 10

Emergencias obstétricas	Nº	Porcentaje
Aborto incompleto	260	20
RPM	36	3
Trabajo de parto(a término y pre término)	333	27
Cesareada anterior en T de P	301	24
Amenaza de aborto	56	4
Amenaza de parto pre término	40	3
Pre eclampsia severa	30	2
Pre eclampsia leve	60	5
Gestación no evolutiva	17	1
Hiperémesis gravídica	10	0.7
Retención de restos placentarios	11	0.8
Gestación más ITU	35	3
Embarazo múltiple	8	0.6
Macrosomía fetal	6	0.5
Sufrimiento fetal	14	1
Oligoamnios severo	04	0.3

Mala ubicación fetal	12	0.9
Embarazo prolongado	03	0.2
Emergencias ginecológicas	44	3
Total	1280	100

Gráfico N°10



Interpretación.-Las patologías que más prevalecieron en la atención de las emergencias gineco obstétricas durante el período de estudio, fueron las pacientes que presentaron Trabajo de parto(a término y pre término), 27% con 333 pacientes, Cesareada anterior en T de P 24% con 301 pacientes, aborto incompleto 20% con 260 pacientes, pre eclampsia leve 5% con 60 pacientes, amenaza de aborto 4% con 56 pacientes respectivamente.

“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

SEGÚN REFERENCIA

Tabla N° 11

Establecimiento de procedencia	Nº	Porcentaje
Referidas	882	69
No referidas	398	31
Total	1280	100

Gráfico N°11



Interpretación.- En el grafico se observa que el mayor porcentaje de pacientes atendidas en la emergencia gineco obstétrica estuvo en pacientes referida de los diferentes establecimiento de salud del departamento de Huánuco, con el 69% haciendo un total de 882 pacientes mientras que las no referidas solo llegaron al 31%, con 398 pacientes atendidas.

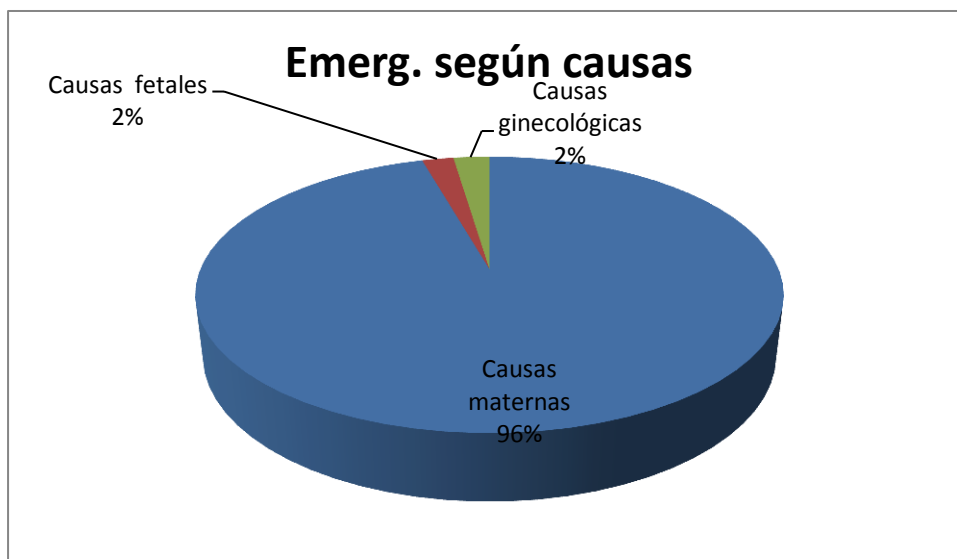
“principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016”

EMERGENCIAS SEGÚN SUS CAUSAS

Tabla N° 12

Emergencias según causas	Nº	Porcentaje
Causas maternas	1179	96
Causas fetales	47	2
Causas ginecológicas	54	2
	1280	100

Gráfico N°12



Interpretación.- En el gráfico se puede evidenciar que las pacientes atendidas que presentaron las complicaciones fueron en su mayoría por causas obstétricas maternas con el 96% con 1179 casos, mientras que por causas fetales y causas ginecológicas tuvieron un porcentaje del 2% cada una de ellas con 47 y 54 pacientes respectivamente.

6.1. DISCUSION DE RESULTADOS

En un estudio realizado por Martínez Nuñez Victoria Lisbeth de Paz Morataya Cristina Eunice en la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012, obtuvo que de un total de pacientes con complicaciones obstétricas el principal factor clínico fue la hipertensión arterial, siendo la eclampsia con un 28.57%. Similar resultado se obtuvo al término de la presente investigación donde se halló un considerable porcentaje de atención relacionado a pacientes con pre eclampsia leve y severa.

De igual manera en el reporte anual realizado en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé de Lima en el análisis de los servicios de obstetricia y ginecología se pudo observar durante el año 2011, en el aparecen las infecciones urinarias con 589 casos y el 6,78% mientras que en el año 2010 también ocuparon el segundo lugar las infecciones urinarias con 569 casos representando el 7,83% de los casos. En Obstetricia de Alto riesgo la atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa ocupa el primer lugar con 529 casos que representan el 20,80% de los casos atendidos en el servicio, resultados parecidos se obtuvieron el presente estudio donde se halló que las cesareadas anteriores y las infecciones urinarias fueron causa principales de la atención en el servicio de emergencia gineco obstetricia.

CONCLUSIONES

Finalizado el presente trabajo de investigación se concluye en:

Que el mayor porcentaje de pacientes atendidas en el servicio de emergencias ginecológicas y obstétricas del Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco fueron las pacientes Obstétricas.

En las características generales: Las edades que prevalecieron fueron las mujeres en su mayoría jóvenes de entre 20 a 24 años, así mismo las adolescentes de 15 a 19 años. En cuanto a la procedencia prevaleció la procedencia de la zona rural, la religión católica, el estado civil conviviente, etc.,

En relación a las patologías más frecuentes que se atendieron dentro de las emergencias obstétricas estuvo las del trabajo de parto, las cesareadas anteriores, pacientes con aborto incompleto, las pre eclampsias leves entre otras; mientras que dentro de las emergencias ginecológicas que más prevalecieron estuvo la HUD, los quistes ováricos y los embarazos ectópicos

Referente al tratamiento recibido e mayor porcentaje de pacientes fueron hospitalizadas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las diferentes instituciones prestadoras de salud, diseñar estrategias de promoción y prevención sobre salud sexual y reproductiva, para ayudar a la disminución de las incidencias de las emergencias sobre todo obstétricas.
- Realizar trabajos diferenciados con las adolescentes sobre temas de sexualidad para disminuir los altos porcentajes de emergencias obstétricas.
- Se recomienda a los responsables la creación de servicios de emergencias gineco obstétricas en más establecimientos de salud, por la demanda que tienen la atención de estas complicaciones.

CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud. 2012
2. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012
3. LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), Se reporta una experiencia llevada a cabo por la Universidad de Sao Paulo (Brasil
4. Comité de Mortalidad Materna de la OMS- OPS
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. - 10ma. Revisión. vol 3. Lista tabular. Washington, D.C.: OPS; 2010
6. Cabezas Cruz Evelio jefe del grupo nacional de obstetricia y ginecología, MINSAP. Presidente de la sociedad Cubana de obstetricia y ginecología- Cuba 2012
7. *UNICEF Mortalidad Materna 2013. Conferencia "Mortalidad materna, UNICEF Argentina .2013. unicef.org/spanish/mdg/maternal.html.*
8. Dra. María Cristina Ugalde Rodríguez Médico Adscrito al servicio de Anestesiología, Hospital Juárez de México Vicepresidente de La Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia, A.C.
9. Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología 2012
10. .Álvarez Escoto Karla Lucrecia, Ruíz
11. Martínez Núñez Victoria Lisbeth de Paz Morataya Cristina Eunice en la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012,
12. Álvarez Escoto Karla Lucrecia, Ruíz Talavera Mario Jesús, en el hospital Victoria Matta en el año 2012,
13. En el año 2011, en San Salvador, Espinoza Montoya Rhossy Hassell:
14. . Elaborado por Ing. Evelin Ruth Chávez Acosta, Jefe de la Unidad de Estadística y Banco de Datos del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”

15. Gómez Silva Ybeth Yessica nivel de conocimientos sobre las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto postparto y trastornos hipertensivos del embarazo en internos de obstetricia del INMPN enero - junio 2015"
16. Casana guerrero Gabriela Stefany factores de riesgo asociados a recurrencia de pre eclampsia en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa de Piura- Trujillo – Perú 2014
17. Altamirano Girano Angélica: FACTORES DE ALTO RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL 2009 -LIMA – PERÚ 2012
18. Rubio Ocampo Milagros del Rosario “factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el hospital regional de Loreto, durante los años 2011-2014”– Iquitos Perú 2015
19. Organización Mundial de la Salud: Objetivos del Milenio 5 ODM
20. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2010.
21. Huertas Tacchino Erasmo medico gineco obstetra del INMP Lima Perú 2015
22. Emergencias en Ginecología Dr. José Alberto Ulloque De La Hoz Perinatólogos Asociados Clínica de la Costa 2003
23. Martínez Pérez Oscar, Guasch Arévalo Emilia: Manual práctico de emergencias obstétricas tomo cueto
24. Oyarzún Enrique, Kusanovic Juan Pedro p. Profesor titular. División obstetricia y ginecología. Facultad de medicina. Pontificia universidad católica de chile. Hospital Sótero del Río.2010.
25. Fescina R, De Mucio B, Ortiz El, Jarquin D Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas Centro Latinoamericano de

Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva ** Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. OMS- OPS 2012

26. <http://www.perinatal.sld.cu/docs/presentaciones/emergenciasobstetricas.pdf>
27. <http://www.definicionabc.com/salud/patologia.php>.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos

Libro de registros de atenciones de las emergencias gineco obstétricas del servicio de emergencia gineco obstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco

- ✓ Edad
- ✓ Peso
- ✓ Procedencia
- ✓ Estado civil
- ✓ Religión
- ✓ Patología que presenta:
 - a. Patologías Obstétricas
 - b. Patologías ginecológicas