

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO
FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

=====

**HALLAZGOZ ECOGRAFICOS DE PATOLOGIAS EN EL PRIMER
TRIMESTRE DEL EMBARAZO, HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA
- UCAYALI ENERO A JUNIO, AÑO 2014**

=====

AUTORA: OBSTETRA CAMPOS BARRETO ANGELICA VILMA

ASESORA: MG. MELGAREJO FIGUEROA MARÍA DEL PILAR

UCAYALI – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A DIOS por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, quienes me dieron su amor, trabajo, sacrificio, y consejos gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco y CENCASALUD por haber hecho posible establecer la Especialidad de Monitoreo Fetal Diagnóstico por Imágenes al haber permitido a los profesionales de la Región Ucayali de seguir actualizándonos.

Agradezco a mi asesora por sus orientaciones, su persistencia, su paciencia y su motivación, han sido fundamentales en mi formación como investigadora.

Un sincero agradecimiento a la Dirección del Hospital Amazónico de Yarinacocha, y al personal por admitir la realización del presente estudio y ofrecernos todas las facilidades necesarias.

INDICE

RESUMEN	V
SUMARY	VI
INTRODUCCIÓN	VII
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Fundamentación del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	1
1.2.1. General	1
1.2.2. Específicos	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1. General	2
1.3.2. Específicos	3
1.4 Justificación e Importancia	3
1.5 Limitaciones	3
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	4
2.1.1. Internacionales	4
2.1.2. Nacionales	5
2.1.3. Locales	7
2.2 Bases Teóricas	7
2.3 Definición de Términos Básicos	20
III ASPECTOS OPERACIONALES	
3.1. Hipótesis	22
3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores	22
IV MARCO METODOLÓGICO	
4.1. Dimensión Espacial y Temporal	24
4.2. Tipo de Investigación	24
4.3. Diseño de Investigación	24
4.4. Determinación de la Población	24
4.5. Selección de la Muestra	25
4.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	25
4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis y Presentación de Datos	26
V. RESULTADOS	27
VI. DISCUSIÓN	31
VII. CONCLUSIÓN	32
VII. RECOMENDACIONES	33
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	

RESUMEN

HALLAZGOS ECOGRAFICOS DE PATOLOGÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA – UCAYALI ENERO A JUNIO, AÑO 2014.

La presente investigación realizada, tuvo el objetivo de identificar los hallazgos ecográficos de patologías en el primer trimestre del embarazo, Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali Enero a Junio, año 2014; utilizando un diseño epidemiológico: Descriptivo simple, de tipo observacional, transversal y retrospectivo; siendo los principales resultados: Las edades en la patología de aborto fueron de 18 a 29 años un 49,1%; seguido de 30 años a más un 45,6%; de 12 a 17 años fue el 5,3%. Embarazo molar de 18 a 29 años tuvo 50%; de 30 años a más un 50%. Embarazo ectópico de 30 años a más fue de 1 caso; y los hallazgos ecográficos encontrados es de la siguiente manera: aborto tuvo un porcentaje bastante alto de 92%; embarazo molar con 6%; embarazo ectópico de 2%. Concluyendo en que la patología que tuvo más relevancia fue el aborto con el 92%.

Palabras Claves: Hallazgos ecográficos, Patológicas, Tercer trimestre.

SUMMARY

ULTRASOUND FINDINGS OF DISEASES IN THE FIRST QUARTER OF PREGNANCY HOSPITAL YARINACocha AMAZON - UCAYALI JANUARY TO JUNE, 2014.

This investigation, aimed to identify the sonographic findings of pathologies in the first trimester of pregnancy, Hospital Amazon Yarinacocha - Ucayali January to June, 2014; using an epidemiological design: simple descriptive, observational, cross-sectional and retrospective; being the main results: The ages in the pathology of abortion were 18 to 29 years 49.1%; followed by 30 years to more than 45.6%; 12 to 17 years was 5.3%. Molar pregnancy of 18 to 29 years was 50%; from 30 to over 50%. Ectopic pregnancy 30 years later was 1 case; and ultrasound findings found is as follows: I had a fairly high abortion rate of 92%; molar pregnancy with 6%; 2% ectopic pregnancy. Concluding that the pathology that had more relevance to abortion was 92%.

Keywords: ultrasound, pathological findings third quarter.

INTRODUCCIÓN

Las patologías del primer trimestre del embarazo relevantemente dentro del ámbito de la ginecología y obstetricia pueden ser una causa frecuente de muerte para mujeres sanas en edad fértil. Las gestaciones precoces clínicamente reconocidas son gestaciones anómalas consideradas como: abortos, gestaciones ectópicas o enfermedad trofoblástica gestacional. La exploración ecográfica se ha convertido en una herramienta imprescindible, que constituye un método seguro y no invasivo para el diagnóstico de la gestación precoz tanto normal como anormal de estas situaciones clínicas. Por esto las decisiones clínicas sobre la conducta que se debe seguir en la mayoría de las gestaciones precoces anómalas se toman basándose en los hallazgos ecográficos, motivo por la cual nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿Cuál son los hallazgos ecográficos de patologías en el primer trimestre del embarazo?; siendo el objetivo identificar los hallazgos ecográficos de patologías en el primer trimestre del embarazo, específicamente identificar los casos de aborto, embarazo ectópico y embarazo molar de Enero a Junio del año 2014; con un diseño descriptivo simple, de tipo observacional, retrospectivo y transversal, y de nivel descriptivo; cuyo estudio se realizó en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, a gestantes con patologías en el primer trimestre de embarazo, teniendo como muestra a 62 pacientes; el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos que fue hallada con el Alpha de Crombach dando un 0,8275, lo cual indica que es altamente confiable; los resultados son los hallazgos ecográficos: Aborto tuvo un porcentaje bastante alto de 92%, embarazo molar

con 6%, embarazo ectópico de 2%. Concluyendo en que la patología que tuvo más relevancia fue el aborto con el 92%. La presente investigación consta de cinco capítulos: 1. Planteamiento del Problema, 2. Marco Teórico, 3. Aspectos Operacionales, 4. Marco Metodológico, 5. Resultados, 6. Discusión, 7. Conclusiones, 8. Recomendaciones y Referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del problema

El diagnóstico ecográfico del primer trimestre se centra en el estudio del crecimiento mediante exploraciones seriadas para diferenciar las gestaciones normales de las patológicas. ¹

Organización Mundial Salud, publica en su boletín que el aborto espontaneo tiene una incidencia entre el 12 y 15% de todos los embarazos.²

En el mundo occidental se estima, que del total de embarazos aproximadamente el 1,5 a 2% es un Embarazo ectópico. ³

Ministerio de Salud, la Oficina de Epidemiología, menciona que el aborto en el Perú está estimado un 42,4%. ⁴

La DIRESA Ucayali, estima que los casos de aborto anualmente son 359; embarazo ectópico 03 casos y embarazo molar 04 casos. ⁵

La problemática antes mencionada, nos lleva a la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál son los hallazgos ecográficos de patologías en el primer trimestre del embarazo, Hospital Amazónico de Yarinacocha- Ucayali Enero a Junio, año 2014?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuántos son los casos de aborto en el año 2014?
- ¿Cuántos son los casos de embarazo ectópico en el año 2014?
- ¿Cuántos son los casos de embarazo molar en el año 2014?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Identificar los hallazgos ecográficos de patologías en el primer trimestre del embarazo, Hospital Amazónico de Yarinacocha Ucayali Enero a Junio año 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los casos de aborto en el año 2014.
- Identificar los casos de embarazo ectópico en el año 2014.
- Identificar los casos de embarazo molar en el año 2014.

1.4 Justificación

Teóricamente en el Hospital Amazónico se conoce que la prevalencia de abortos, es la patología más frecuente, y la ecografía es considerada también una importante prueba complementaria.

Prácticamente con este trabajo de investigación se aportará la importancia de los hallazgos ecográficos oportunamente en los diagnósticos de las patologías en el primer trimestre para tomar las acciones correspondientes ante una complicación.

Académicamente, puede servir para base de estudio o puede polarizarse a otras investigaciones.

1.5 Limitaciones

- Trámite administrativo dificultoso para obtener información para la investigación.
- Dificultades en las habilidades cognitivas y procedimentales de los profesionales de salud que realizan la ecografía.
- Se encuentran pocos antecedentes en relación al problema de investigación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Eva Martin Lupion; en Panamá.⁶, año 2011, realizó la investigación Titulada: el aborto perspectivas y realidades, aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo; con el objetivo de describir esta problemática; utilizando el diseño descriptivo; y como resultado observaron que el problema del aborto se relaciona con numerosos riesgos, desde problemas médicos, tanto psíquicos como físicos, hasta incluso con el peligro de muerte de la mujer gestante, según el entorno dónde se realice la intervención, dependiendo de los cuidados prestados y de la elección del método de interrupción seleccionado, Con base a este estudio, establecemos las siguientes conclusiones: Las tasas de aborto no son inferiores en los países que tienen leyes restrictivas, pero sí se incrementan las complicaciones maternas y la mortalidad, porque son llevados a cabo en lugares no acondicionados. De los 460.716 embarazos en mujeres residentes en Andalucía entre 2007 y 2010, terminaron en un 92% en interrupción voluntaria.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

José Pacheco d. Jaime Alegre, Gissela Panihagua.⁷, en el año 2001, en Instituto de Patología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Instituto de Medicina Legal. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima realizó la investigación titulada: características clínicas y anatomopatológica en mola hidatiforme. Con el objetivo de determinar los hallazgos clínicos y anatomopatológicos en los casos de mola hidatiforme; utilizando un diseño descriptivo retrospectivo. Material y métodos: Se revisó todos los casos de embarazo molar en gestantes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 1998 y 2001; obtuvo los siguientes resultados: De 24 diagnósticos de mola hidatiforme, la edad promedio fue 26,4 años \pm 6,4 y la edad gestacional de 13,1 semanas \pm 3,3. Como antecedentes obstétricos, sólo se encontró 1 y 3 casos de hiperémesis gravídica y de abortos previos, respectivamente; 18 gestantes fueron multíparas. Los síntomas al ingreso fueron dolor hipogástrico (75%), náuseas y vómitos (29,2%), disuria (20,8%) y cefalea (8,3%); y los signos clínicos, ausencia de feto (100%), sangrado vaginal (91,7%), útero blando (45,8%), altura uterina discordante (33,3%) y expulsión de vesículas (25%). La ecografía concluyó en Mola Hidatiforme con ausencia fetal (100%), ovarios

aumentados de volumen (29,2%) y quistes tecaluteínicos (25%). El valor promedio de β hCG fue 18167 UI/L. Se utilizó misoprostol transvaginal como tratamiento previo al legrado uterino en 37,5%. Los hallazgos anatomopatológicos fueron hiperplasia moderada del epitelio coriónico (62,5%), estroma vascular (50%) y vellosidades edematosas (20%). Conclusión: Los hallazgos evidenciados en el presente estudio son características infrecuentes a lo descrito en la literatura médica de esta patología.

Betsy Zapata, Juan Ramírez, José Pimentel, Santiago Cabrera, Gerardo Campos.⁸, en el año 2013 en el Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, realizó la investigación titulada: La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Con el objetivo de determinar la incidencia, características epidemiológicas, clínicas y el manejo médico quirúrgico de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico; utilizando un diseño: Descriptivo y retrospectivo; en el Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé. Métodos; Revisión de 46 historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo mayo 2013 a abril 2014; se obtuvo los siguientes resultados,

La incidencia de embarazo ectópico fue 0,63% o 1/157 partos. La mayoría de las pacientes era multípara; 89% tenía entre 20 y 40 años de edad, 37% tuvo amenorrea de 5 a 7 semanas; había antecedente de embarazo ectópico en 20% y de cirugía pélvica previa en 39%; 59% presentó cuadro clínico típico de amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal. Se realizó ecografía transvaginal en todas las pacientes; los hallazgos ecográficos más frecuentes fueron presencia de tumoración anexial y líquido libre en el fondo de saco posterior. Se encontró 54% de embarazos ectópicos complicados; 89% tuvo localización tubárica. La cirugía más empleada fue la laparotomía en 48% y se pudo confirmar el diagnóstico en 48%, con anatomía patológica. Conclusiones: El embarazo ectópico en el hospital de referencia sigue siendo causa de emergencia gineco-obstétrica, la mitad de ellos están complicados. Sospecharlo en casos de cirugía pélvica previa y en el embarazo ectópico previo. La ecografía transvaginal fue la principal herramienta diagnóstica y predominó el manejo quirúrgico.

2.1.3 Antecedentes Locales

No se ubicaron a estudios que enmarque el problema a estudiar.

2.2 Bases teóricas

Aproximadamente un 25% de las gestaciones precoces clínicamente reconocidas son gestaciones anómalas como los abortos, gestaciones ectópicas o enfermedad trofoblástica gestacional. La introducción de la ecografía ha supuesto un avance importantísimo en el diagnóstico y el manejo de estas situaciones clínicas. En muchas ocasiones la práctica de una ecografía permite el diagnóstico de una gestación precoz anómala antes de que la paciente manifieste síntomas, fundamentalmente hemorragia vaginal, por lo que el manejo de algunas de estas situaciones ha cambiado drásticamente. Por esto las decisiones clínicas sobre la conducta que se debe seguir en la mayoría de las gestaciones precoces anómalas se toman basándose en los hallazgos ecográficos. Sin embargo, no hay que olvidar que hay 2 datos objetivos, y son la edad gestacional según amenorrea, cuando puede ser correctamente fijada basándose en la fecha de la última menstruación, y las cifras de gonadotropina coriónica beta (β -HCG) sérica.⁹

Para simplificar, iremos analizando cada una de ellas a partir, fundamentalmente, de los hallazgos ecográficos.

a) Aborto.- Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o 140 días de gestación y cuando el producto pesa menos de 500 g. independientemente de si la interrupción ocurrió espontánea o artificialmente o si el feto es viable o no.

Puede ser: Temprano < de 12 semanas

Tardío > de 12 semanas. ¹⁰

La clasificación más conocida del aborto espontáneo considera los diferentes estados, agrupados en:

Amenaza de aborto, aborto en curso, aborto inminente, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido o frustrado.

- **Amenaza de aborto:** Desde el punto de vista clínico, se entiende por amenaza de aborto toda aquella situación de hemorragia vaginal en una mujer gestante antes de las 20 semanas de gestación. La mayoría de ellas se producirán en las 12 primeras semanas. En este grupo deben incluirse, en principio, situaciones como gestación viable amenazada (embrión vivo), aborto diferido, aborto completo o incompleto, gestación ectópica y ETG, ya que todas ellas pueden manifestarse inicialmente con hemorragia vaginal.

Sin embargo, en la gestación amenazada el principal hallazgo ecográfico asociado a mal pronóstico es el hematoma retrocorial. Éste se define como una colección sonoluscente entre el corion y el monetario. Es importante no confundirlo con el líquido intracavitario procedente de secreciones decídales, lo cual es difícil en

muchas ocasiones. Diversos estudios han observado que tanto la localización del hematoma (afectación del corion frondoso) como el volumen están asociados a un mayor riesgo de aborto. Sin embargo, este riesgo está más influido por la localización que por el volumen del hematoma.

- **Aborto diferido:** El diagnóstico del aborto diferido puede realizarse en pacientes sintomáticas o asintomáticas. Pueden darse 2 circunstancias: que se vea el embrión o no. En el primer caso, el diagnóstico debe considerarse definitivo cuando no se identifica actividad cardíaca. Es conveniente mantener la exploración al menos 2 o 3 min para confirmar la muerte embrionaria o fetal. Asimismo conviene recordar que esto es aplicable en embriones de más de 5 mm. El diagnóstico de la gestación anembrionada o “huevo huero” puede hacerse con certeza cuando se visualiza un saco gestacional de más de 15 mm de diámetro promedio sin que se visualice un polo embrionario o un saco de 10 mm sin que se identifique vesícula vitelina.

- **Completo e incompleto:** Probablemente, uno de los problemas más difíciles con los que enfrenta en la clínica el ginecólogo es el diagnóstico diferencial entre el aborto completo y el aborto incompleto. Esta diferenciación es crucial, ya que en el primer caso la paciente no requiere intervención alguna, mientras que en el segundo habría que decir si se interviene o no y qué tipo de tratamiento puede ser el más idóneo para la paciente. Cuando aún es posible identificar un saco intrauterino, aunque sea desestructurado y en el canal, el diagnóstico suele ser sencillo y hay que concluir que aún hay restos intracavitarios, es decir, se trata de un aborto incompleto. Sin embargo, cuando no se identifica el saco intrauterino diferenciar entre si quedan restos trofoblásticos intracavitarios o no puede ser muy difícil. ¹¹

b) Embarazo ectópico: en condiciones normales el blastocisto se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. Su implantación en cualquier otro sitio se considera un embarazo ectópico. La palabra se deriva del término griego ektopos – fuera de lugar. De acuerdo con el American College of Obstétricas and Gynecologists, 2% de los embarazos del primer trimestre en Estados Unidos es ectópico y compone 6% de las muertes ligadas a embarazos. El riesgo de morir por un embarazo extrauterino es mayor

que por el embarazo que termina en un hijo nacido vivo o que se interrumpa en forma intencional, Además la probabilidad de tener un embarazo satisfactorio más tarde se reduce después de un embarazo ectópico. Sin embargo, si se diagnostica en forma oportuna mejoran como la supervivencia de la madre como la conservación de su capacidad reproductiva. ¹²

El hallazgo 100% específico de una gestación ectópica es la visualización del saco gestacional con el embrión o la vesícula vitelina. Sin embargo, esto ocurre sólo en aproximadamente en un 25% de los casos^{3, 5,8}. Otros hallazgos son el llamado “anillo tubárico”, una masa anexial o líquido en el saco de Douglas^{3, 5,8}. En una gestación de más de 6 semanas de amenorrea, el hallazgo de un útero vacío (sin saco visible) y una β -HCG sérica > 1.000 U/ml debe ponernos en alerta, ya que tiene un valor predictivo positivo $\geq 90\%$ para gestación ectópica. En ocasiones se identifica en el interior de la cavidad uterina lo que se denomina un seudosaco gestacional que corresponde a acumulaciones de fluidos intracavitarios, pero no un verdadero saco gestacional; cuando éste está presente suele verse el signo del “doble anillo decidual” que, además, suele ser de localización excéntrica en la cavidad, a diferencia del seudosaco, que suele ser de localización central.

- **Factores de riesgo**
 - En la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual.
 - Uso y abuso de los anticonceptivos, especialmente los dispositivos intrauterinos.
 - Bloqueos tubarios incompletos, aumento de frecuencia de la infección por aborto inducido.
 - Uso de inductores de la ovulación, intervenciones quirúrgicas abdominales Promiscuidad sexual. ¹³

- **Etiología**

Dos teorías que tratan de explicar los posibles causales del embarazo ectópico tubario.

- Factores que retrasan o evitan el paso del huevo fecundado de la trompa a la cavidad uterina:

a. Factores Mecánicos: obstruyen o disminuyen la luz de las trompas. Puede ser:

- **Anatómicas: Congénitos:** divertículos, duplicidad, alteración en su desarrollo: largos o cortos, Orificios accesorios.

Adquiridos: distorsiones de la situación normal de las trompas por adherencias, ligaduras incompletas, plastias tubaricas.

- **Infecciones:** enfermedad inflamatoria crónica (gonococo, TBC, estreptococo y estafilococo) Salpingitis folicular, como secuela de

adherencias post-infecciones, Inflammaciones peritubáricas que condicionan angulaciones o codaduras.

- Tumores: Intrínsecos: pólipos endotubarios, salpingiosis (endometriosis tubaria).
Extrínsecos: miomas uterinos, quistes ováricos, quistes mesentéricos,
Otros tumores abdominales.

b. Trastornos en la actividad de los cilios de las células ciliadas; cilios largos, favorecen el traslado del huevo, cilios cortos, dificultan el traslado.

c. Trastornos en la capa muscular de la trompa, Influye directamente en la peristalsis de la trompa.

- **Tipos de embarazo ectópico**

Embarazo ectópico tubario (96-98%)

Hospital San Bartolomé:

Ampular 80-53,6 %,

Ístmico: 13-26,8 %,

Fímbrico 5 a 16,7%

Intersticial: 2 – 2,9%,

Ovárico.

Abdominal.

Cervical.

Intraligamentoso.

- **Cuadro clínico**

Los síntomas clásicos de un embarazo tubárico son:
Dolor, amenorrea, Hemorragia vaginal.

1. Dolor: Se encuentra en el 90% de todos los casos de ectópico. El tipo de dolor lo refiere en puñaladas, y continuo, lancinante o brusco de acuerdo con la instalación del cuadro clínico ya sea agudo o crónico. La mayoría de las veces se localiza en una de las fosas iliacas cuando se ha producido la ruptura y se hace generalizado a todo el abdomen, cuando ésta ha ocurrido o se ha presentado el aborto tubárico. El dolor se exagera cuando se moviliza el cuello uterino durante la palpación bimanual.

2. Amenorrea

No es un síntoma muy frecuente y en ocasiones la paciente no recuerda haber tenido un atraso menstrual. La amenorrea suele ser corta en la mayoría de casos pero cuando está ausente no debe descartarse el diagnóstico. Es preciso indagar por la historia menstrual y otros y signos para llegar a una conclusión.

3. Hemorragia

Se pueden presentar pérdidas vaginales de color pardo o ligeras hemorragias varios días o semanas antes que los dolores, aunque estas pérdidas no se darán si no hay rotura de la trompa. Si la trompa de Falopio se rompe, aparte del dolor habría una hemorragia intensa. Generalmente el dolor ocurre poco después de iniciada la hemorragia la cual, la mayoría de las veces son escasas y oscura, apenas un 5% es profusa.

c) Embarazo Molar

Llamada también enfermedad trofoblástica gestacional, o neoplasia trofoblástica gestacional, con carácter isticas tumorales y gran producción de Gonadotrofinas coriónicas. Las características histológicas del embarazo molar son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma veloso. El grado de cambios hísticos y la ausencia o presencia de un feto o elementos embrionarios se usan para describir la mola como completa o parcial.

- **Clasificación clínica**

Enfermedad gestacional del trofoblasto:

Enfermedad benigna: Mola completa

Mola parcial

Enfermedad maligna: Mola invasiva.

Coriocarcinoma.

- **Mola Hidatidiforme Completa**

Está bien establecido que las molas completas son diploides y diándricas, es decir, que tienen dos complementos cromosómicos, ambos derivados del padre. En el 90% de los casos el complemento diploide surge de la fertilización de un óvulo vacío por un espermatozoide que, una vez dentro del óvulo, duplica su material genético; en el otro 10% se originan por una fertilización dispérmica, es decir, por la fertilización simultánea de dos espermatozoides a un óvulo vacío. Una tercera opción, mucho más rara que las anteriores, es la fertilización de un óvulo vacío por un espermatozoide previamente diploide.

- **Mola Hidatidiforme Parcial**

La presentación clínica del embarazo molar parcial es similar a la de un aborto incompleto dado por sangrado genital y dolor tipo cólico en hipogastrio; de hecho, el diagnóstico, en su gran mayoría, se realiza en el

estudio histopatológico. En esta patología se puede encontrar tejido fetal porque hay información genética materna y paterna. El excesivo crecimiento uterino es poco frecuente un 3,7%; así mismo, los quistes tecaluteínicos, el hipertiroidismo y la hiperémesis gravídica, rara vez se ven en ellos, y la elevación en los niveles de β -hCG no es tan importante. Las características histopatológicas del embarazo molar parcial incluyen vellosidades coriónicas edematizadas de diferentes tamaños, hiperplasia trofoblástica focalizada, leve atipia en el sitio de implantación del trofoblasto, trofoblasto festoneado, vellosos, con prominente estroma, e inclusiones trofoblásticas.

- **Mola invasora**

Entidad que proviene de la mola hidatidiforme; la definen el crecimiento trofoblástico excesivo y su capacidad invasora local, con una penetración extensa por los elementos trofoblásticos, que incluyen vellosidades completas, en el miometrio e incluso hasta el peritoneo, parametrios y cúpula vaginal adyacente. Las metástasis a distancia son excepcionales. Su incidencia exacta es desconocida; en algunos estudios es del 8 al 6% de las molas. No se puede realizar su diagnóstico con la simple evacuación del útero, y dado el tratamiento

conservador, no se cuenta muchas veces con el estudio patológico para la realización del diagnóstico; la ecografía vaginal o abdominal no siempre permite hacer el diagnóstico de invasión. Por su capacidad de invadir el miometrio puede ser confundido con un coriocarcinoma, a pesar de que su grado de malignidad es menor.

- **Coriocarcinoma**

Es el carcinoma del epitelio coriónico, una forma extremadamente maligna de tumor trofoblástico. Es un tumor anaplásico epitelial puro, que por su crecimiento y metástasis se comporta como un sarcoma. El 50% de los coriocarcinomas provienen de un mola hidatiforme; el restante 50%, de cualquier otro tipo de embarazo. Macroscópicamente es una masa de color rojo o violeta, friable, de crecimiento rápido, que invade el músculo uterino y los vasos sanguíneos, con producción de hemorragia y necrosis. Puede afectar el endometrio, ocasionando hemorragia e infección; si lesiona el miometrio puede afectar hasta la serosa, haciéndose evidente como nódulos oscuros e irregulares. De manera característica el coriocarcinoma presenta ausencia del patrón vellositario, a diferencia de la mola hidatiforme o la mola invasora. Las metástasis se desarrollan de

manera temprana, con mayor frecuencia por vía hematológica. Los sitios más frecuentes son el pulmón (75%) y la vagina (50%); le siguen la vulva, los riñones, el hígado, los ovarios, el encéfalo y el intestino. ¹⁴

- **Epidemiología y factores de riesgo**

La incidencia de mola hidatiforme ha sido relativamente constante en Estados Unidos y Europa de 1 a 2 por cada 1000 .embarazo es más frecuente en mujeres de origen hispano e Indias. Factores de riesgo, edad adolescente y mujeres de 36 a 40 años. Riesgo de enfermedad trofoblástica recurrente. El uso de anticonceptivos orales y su duración.

- **Diagnóstico por USG de mola completa e incompleta**

Ecografía:

Mola completa: Muestra un patrón ecográfico vesicular característico, incluso en el primer trimestre.

Mola parcial: muestra espacios quísticos focales dentro del tejido placentario y un incremento del diámetro transversal de la vesícula gestacional.

2.3 Definición de términos básicos

1. **Patología.**- Estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.¹⁵
2. **Ecografía.**- Técnica de diagnóstico por imágenes basada en la utilización de ultrasonidos que se aplican sobre el organismo y se reflejan con una intensidad proporcional a la densidad de los tejidos.
3. **Aborto.**- Interrupción espontaneo o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero.¹⁶
4. **Ectópico.**- Dícese del objeto u órgano situado fuera de su lugar normal. Por ejemplo, el embarazo ectópico es el que se produce fuera del útero.
5. **Embarazo.**- Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionario y fetal.
3. **Mola hidatídica.**- Masa neoplásica intrauterina parecida a un acumulo de granos de uva formada por vellosidades coriales hipertróficas. Los embarazos molares son propios de mujeres de menos de 20 y más de 40.

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1 Hipótesis:

Por ser un estudio descriptivo simple de una sola variable no existe la hipótesis, porque solo describe hechos.

3.2 Sistema de variables, dimensiones e indicadores

3.2.1 Variable de interés:

Hallazgo ecográficos

3.2.2 Variable Interviniente:

Apendicitis

3.2.3 Operacionalización de Variables:

VARIABLES		DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALOR FINAL
INTERES	Hallazgos ecográficos de patologías en el primer trimestre del embarazo	Se basa en el registro de imagen a través de ondas y parámetros definidos para la identificación precoz de patologías desde la vesícula vitelina u alteraciones placentarias, lo que permite no proseguir con la gestación	patologías del primer trimestre del embarazo	Aborto Embarazo ectópico Embarazo molar	Cualitativo	Ordinal	Si No
INTERVINIENTE	Apendicitis	Es la inflamación del apéndice, el cual se ubica en el ciego (la porción donde comienza el intestino grueso). Con dolor migrante fosa iliaca derecha.	Patología materna	Presencia Ausencia	Cualitativo	Ordinal	Si No

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Dimensión espacial y temporal:

El estudio se investigó en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, ubicada en la Jr. Aguaytia N° 605, en el Distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo y Departamento Ucayali. La investigación se desarrollará durante los meses de Enero a Junio del año 2014,

4.2 Tipo de investigación

Observacional, porque no se manipuló la variable de interés.
Transversal porque fueron medidas en una sola ocasión. Según el tiempo fue **Retrospectivo**: porque se estudiaron en hechos pasados.

Nivel: Descriptivo.

4.3 Diseño de Investigación

Descriptivo simple.

Diagrama: Donde

O = Observacional

M = Muestra.

4.4 Determinación del universo/población

Las gestantes con patologías en el primer trimestre hallados por ecografía haciendo un total de 175.

4.5 Selección de muestra

La muestra estuvo formado por 62 gestantes

Se utilizó la formula Alpha, para el cálculo muestral

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 175

z: valor de distribución de gauss: $z_{\alpha} = 0,05 = 1,96$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: 10% = 1

q: 1 – p (si p = 50 %, q = 50 %) = 1

i: error que se prevé cometer si es del 10 %: i = 0,01

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 175 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,01(175-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{168,07}{2,7004} = 62,23$$

n = 62 personas

Muestreo probabilístico, aleatoria simple.

Criterio de inclusión y exclusión:

Gestantes en el primer trimestre del embarazo

Gestantes con patologías con hallazgos ecográficos

Criterios de Exclusión:

Registros inadecuados

Ausencia de informes ecográficos

4.6 Fuentes, técnicas e instrumento de recolección de datos.

Análisis documental: nos permitió analizar lo siguiente:

Historia Clínica Perinatal

Historia ginecológica

Sistema de Información Perinatal.

Instrumento: Ficha de recolección de datos, la cual tuvo alta confiabilidad, hallada con el Alpha de Crombach siendo 0,8275.

4.7 Técnicas procesamiento y presentación de datos:

Los datos se recolectaron a través del instrumento correspondiente, luego entraron a un proceso de selección y tabulación para ser vaciados en tablas, utilizamos el programa computarizado Microsoft Excel 2010, para luego interpretar, realizar discusión y análisis respectivo.

V. RESULTADOS

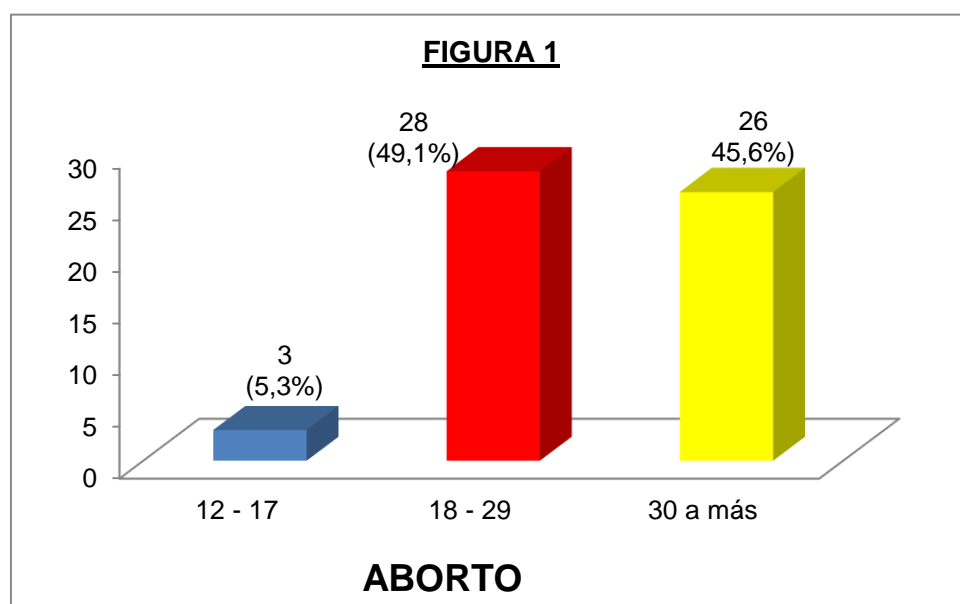
TABLA 1.- HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE PATOLOGÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha – UCAYALI ENERO A JUNIO, AÑO 2014.

ABORTO

	<i>f</i>	%
12 - 17	3	5,3
18 - 29	28	49,1
30 a más	26	45,6
TOTAL	57	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura 1, se observa la patología aborto en las edades comprendidas entre los 12 a 17 años, son el 5,3 %. 18 a 29 años son el 49,1%. 30 a más son el 45.6%.



Fuente: Tabla 1

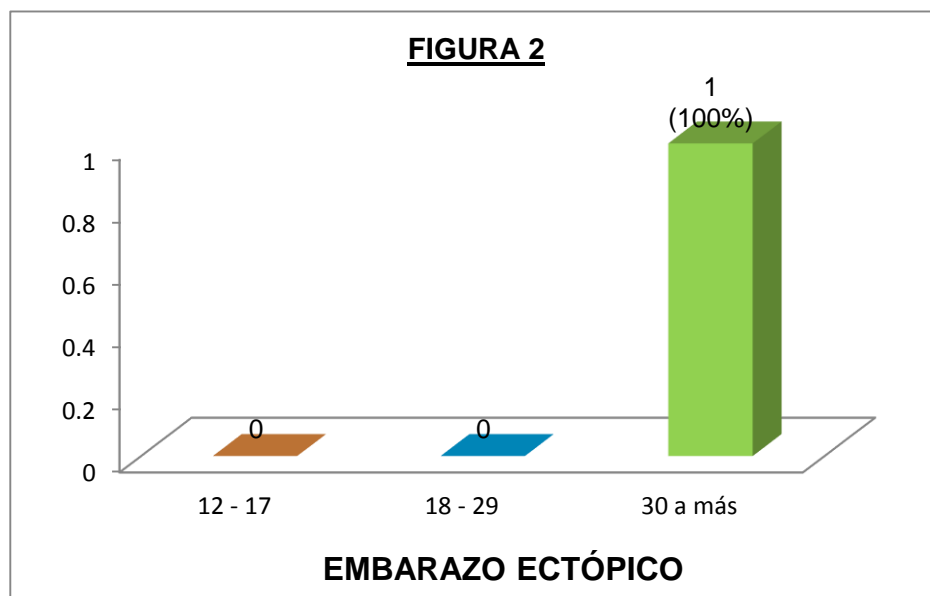
TABLA 2.- HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE PATOLOGÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha – UCAYALI ENERO A JUNIO, AÑO 2014.

EMBARAZO ECTÓPICO

	<i>f</i>	%
12 - 17	0	0,0
18 - 29	0	0,0
30 a más	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura 2, se observa la patología de embarazo ectópico: comprendidas entre las edades de 30 a más 1 paciente que equivale a 100% de 12 a 17 y de 18 a 29 años no se encontraron casos.



Fuente: Tabla 2

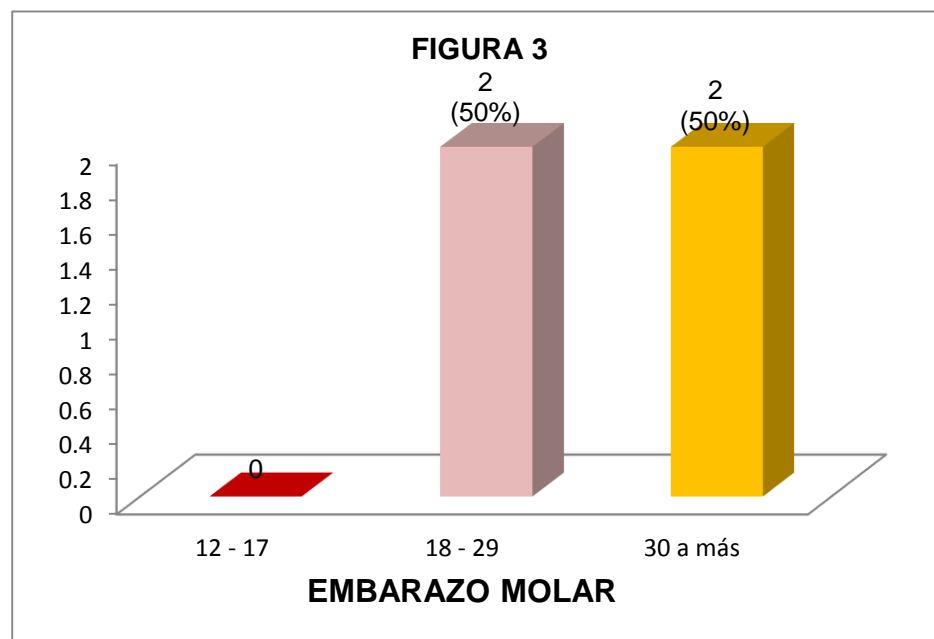
TABLA 3.- HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE PATOLOGÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA – UCAYALI ENERO A JUNIO, AÑO 2014.

EMBARAZO MOLAR

	<i>f</i>	%
12 - 17	0	0,0
18 - 29	2	50,0
30 a más	2	50,0
TOTAL	4	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura 3, se observa la patología de embarazo Molar: en las edades comprendidas de 18 a 19 años 2 casos con el 50%; de 30 a más, 2 casos con el 50%; y no se encontraron casos entre las edades 12 a 17 años.



Fuente: Tabla 3

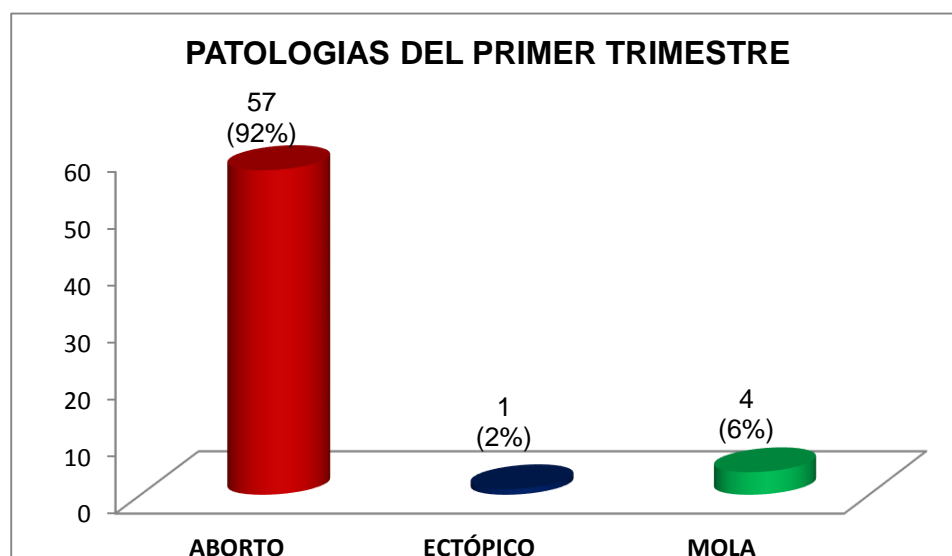
TABLA 4.- HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE PATOLOGÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha – UCAYALI ENERO A JUNIO, AÑO 2014.

PATOLOGIAS DEL I TRIMESTRE

	<i>f</i>	%
ABORTO	57	92
ECTÓPICO	1	2
MOLA	4	6
TOTAL	62	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura 4, se observa las patologías del primer trimestre: abortos 57 casos con un 92%, embarazo molar 4 casos con el 6%, embarazo ectópico con 1 caso equivalente al 2%.



Fuente: Tabla 4

VI. DISCUSION

El presente trabajo tuvo el propósito de identificar los hallazgos ecográficos de patologías en el primer trimestre del embarazo; encontrando 92% de casos de aborto, 2% embarazo ectópico y 6% de embarazo molar, que pueden complicarse en cualquier momento. Al respecto el autor Martin Lupion, en un estudio realizado en el año 2011 en Panamá con el nombre de aborto: perspectivas y realidades: aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo; estableció que el 92% terminaron en aborto, datos iguales al encontrado en nuestra investigación.

Según Pacheco d, José. Alegre, Jaime. Paniagua, Gissela, en el 2001, en Instituto de Patología de la Universidad Nacional Mayor de San M de Medicina Legal. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, en su investigación encontraron 50% de embarazos molares, dato completamente diferente al hallado en nuestra investigación, al parecer porque el estudio se hizo en un hospital de IV nivel y centro referencial de todo el país, donde los casos son prevalentemente altos.

Betsy Zapata, Juan Ramírez, José Pimentel, Santiago Cabrera, Gerardo Campos, en el 2013 en el Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, realizo la investigación titulada: La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico, con una incidencia de 6,3% la cual difiere de nuestros resultados que fueron el 2% hallados en un hospital de provincia y la frecuencia es menor.

VII. CONCLUSIONES

En la práctica moderna, la ecografía transvaginal se ha convertido en el estándar aceptado para el examen de las mujeres con sospecha de complicaciones del embarazo temprano. La clasificación ecográfica del aborto involuntario se basa únicamente en los aspectos morfológicos del embarazo y no tiene en cuenta la cantidad del sangrado vaginal o los hallazgos cervicales.

Entre las patologías del primer trimestre tenemos identificados el 92% correspondiente a la patología aborto, identificados mediante ecografía y clínicamente se confirmaron.

Entre las edades de 18 a 29 años identificamos que un 50% presentaron embarazo molar hallado por ecografía precozmente.

Se determinó un 2% de embarazo ectópico hallado por ecografía, siendo un riesgo mayor de mortalidad; y la probabilidad de tener un embarazo satisfactorio más tarde se reduce.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Las mujeres en edad fértil deberían realizarse estudios previos a la concepción, para valorar las posibles causas de abortos y prevenirlas.
2. En los casos que presentaron el embarazo molar por ecografía, se recomienda al personal de salud realizar un seguimiento adecuado del dosaje de la hormona gonadotrofina coriónica para tomar las decisiones clínicas adecuadas y un hallazgo temprano de coriocarcinoma.
3. Captación oportuna al control prenatal para diagnosticar el embarazo ectópico mediante la ecografía y evitar las complicaciones maternas y mejorar la supervivencia de la madre como conservación de su capacidad reproductiva.

XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-
- ¹ Rumack, M.D., Carol Diagnóstico por ecografía. 3ra. Ed. México. 2014; 1043 p
- ² Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Perú, Lima. 2008; 17 p. Mora y LM y Porras. Ultrasonidos en medicina. México. 2013, 9 p
- ³ Mora y LM y Porras. Ultrasonidos en medicina. México. 2013, 9 p.
- ⁴ Yglesias Canova, Edwin. Dirección de epidemiología. Vol. 15. Perú, Lima. 2011; 1 9 p.
- ⁵ Dirección Regional de Salud. Dirección de Epidemiología: Oficina de Estadística. Ucayali. 2014; 18. p.
- ⁶ Martin Lupion, Eva. Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud. Panamá. 2013; 108. p.
- ⁷ Pacheco D. José, Alegre Jaime, Paniagua Gissela. Instituto de patología de la UNMSM. Instituto de Medicina legal. Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú, Lima. 2002; 275. p.
- ⁸ Zapata, Betsy. Ramírez, Juan. Pimentel, José. Cabrera, Santiago. Campos, Gerardo. Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé. Perú, Lima. 2013; 3. p.
- ⁹ Alcazar, Juan Luis, Universidad de Navarra. Valoración ecográfica de la gestación precoz anómala. España 2007; pp. 225-229.
- ¹⁰ Fleischer, Arthur C. Ecografía en obstetricia y ginecología: Ateneo 6° ed. Argentino 2010; 1048. p.
- ¹¹ Pacheco Romero, José. Ginecología y obstetricia: Interamericana. Perú, Lima. 2004; 914. p.

¹² Pérez Sánchez, A. Obstetricia. 2° ed. Chile. 1995; 325. p.

¹³ Cañete Palomo, Luisa. Problemas de salud en el embarazo. España. 2010; 58. p.

¹⁴ nningam. Levano. Blom, Hauth. Rouse. Spong. Williams Obstetricia: Interamericana. 23° ed. México. 2010; pp. 257 – 259.

¹⁵ Missouri, Louis. Diccionario de Medicina. Océano Mosby. Estados Unidos de América. 2001; pp. 428 – 431.

¹⁶ Diccionario de Terminologías de Ciencias Médicas. 12° ed. México. 2010; 899 p.