

“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ANEMBRIONARIO
EN EL HOSPITAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA,
2017 y 2018.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL

PRESENTADO POR:
RAMOS EULOGIO, JESSICA PATRICIA

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCABELICA – PERÚ
2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 10 días del mes de junio a las 20:30 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

Ramos Eulogio, Jessica Patricia

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dr. Leonardo Leyva Yataco
Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
Vocal : Mg. Rossibel Juana Huñoz De la Torre

Para calificar la Tesis titulada:

Características de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, 2017 y 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 312-2019 concluyendo a las 21:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 10 de junio 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESIDENTE
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIO
Mg. YENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

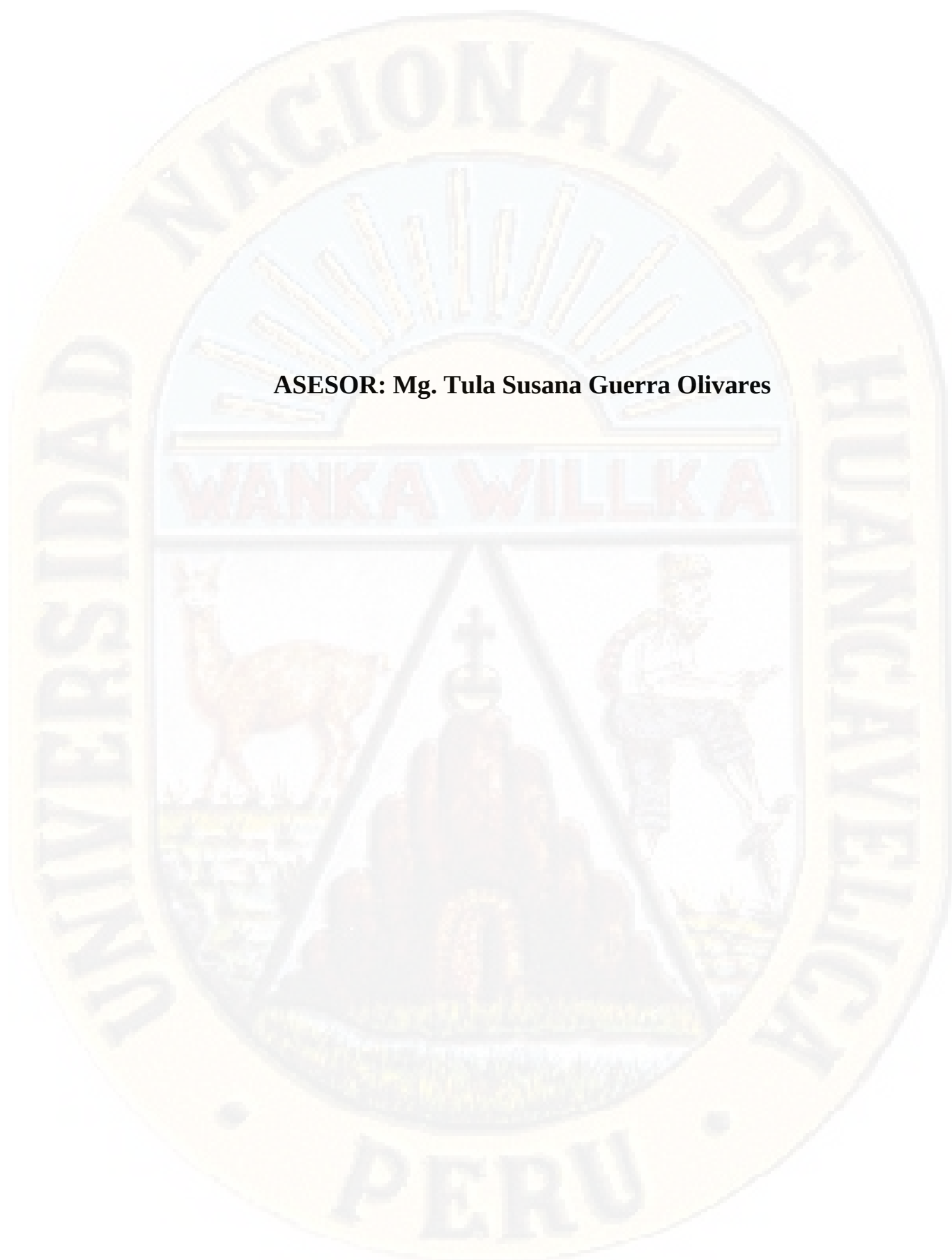
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
VOCAL
Mg. ROSSIBEL JUANA HUÑOZ DE LA TORRE



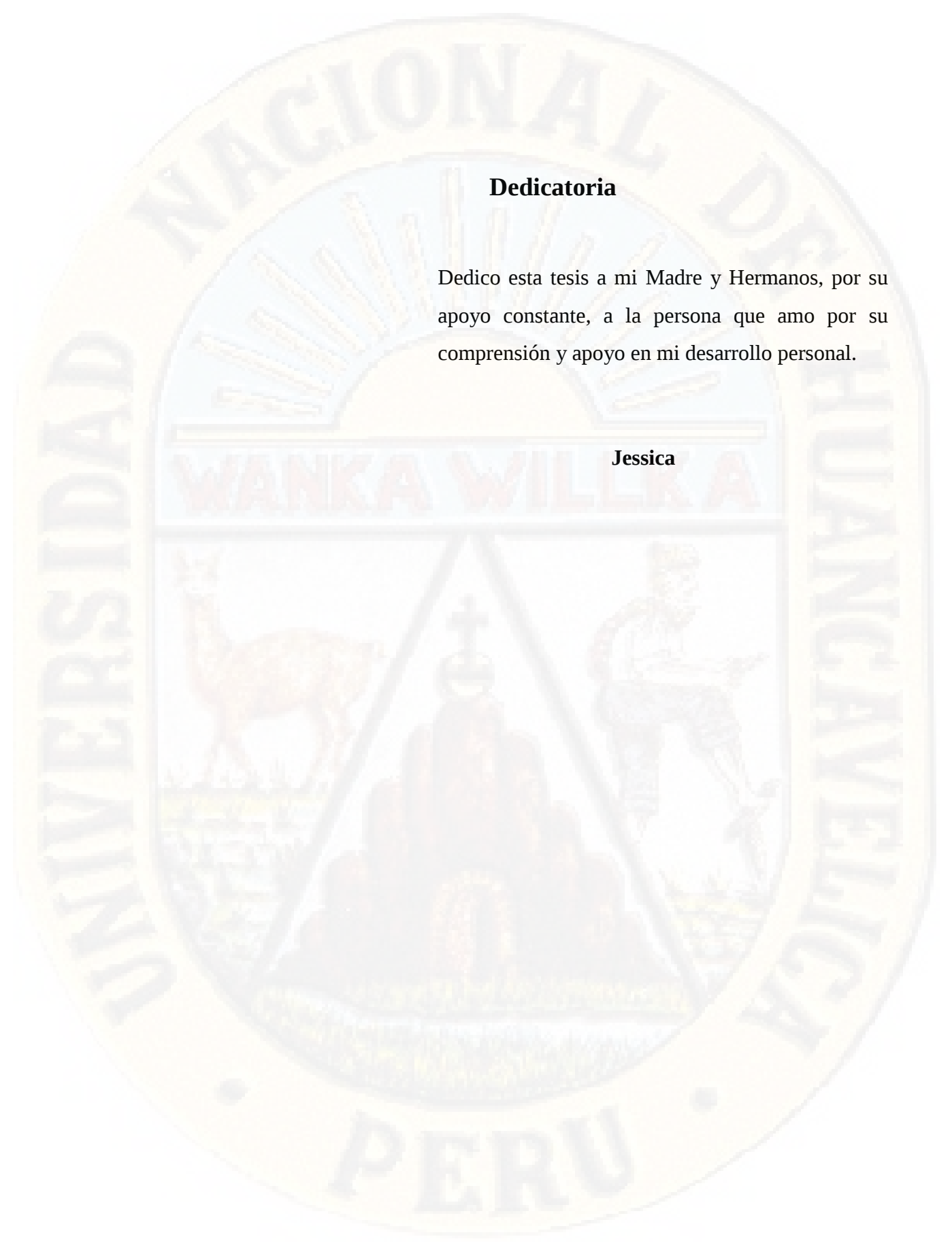
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANA
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES



Kelly Y. Riveros Laurente
SECRETARIA DOC.
C.O.P. N° 36759



ASESOR: Mg. Tula Susana Guerra Olivares



Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi Madre y Hermanos, por su apoyo constante, a la persona que amo por su comprensión y apoyo en mi desarrollo personal.

Jessica

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de la especialización y poder brindar un servicio acreditado y de calidad, humanista, competente de acuerdo a la necesidad de cada gestante de alto riesgo.

A mi asesora Mg. Tula Guerra Olivares, por su asesoramiento y orientación en el logro del presente estudio.

A mis familiares por su apoyo constante motivando mi superación y dando prioridad a mis sueños y compartir mis logros.

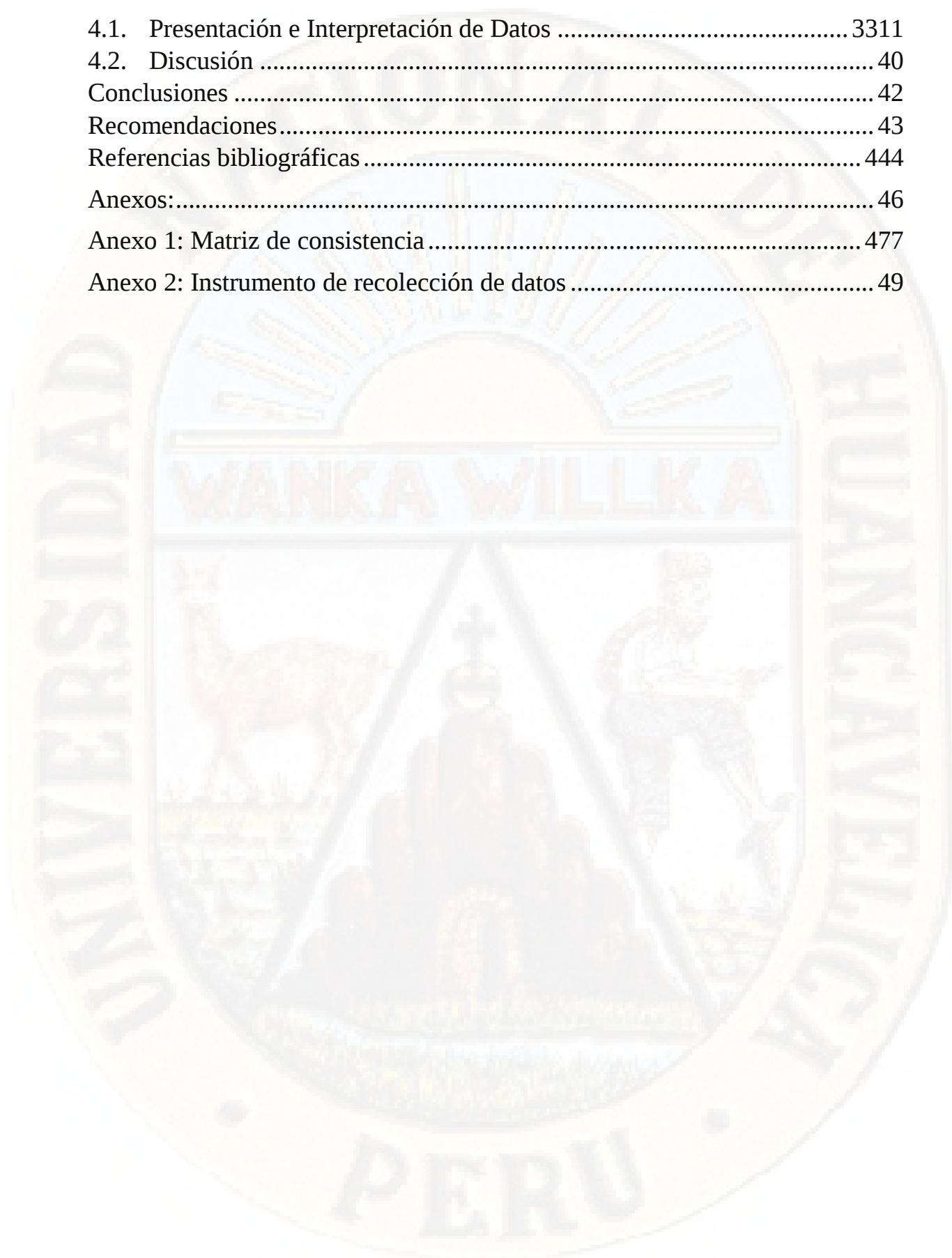
Agradezco al Director del Hospital Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, por las facilidades en cada etapa de la elaboración del presente trabajo de investigación.

Jessica

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I	
PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.4. Justificación	14
1.5. Limitaciones y factibilidad	15
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.2. Bases teóricas.....	19
2.3. Variable de estudio.....	20
2.4. Definición de términos	26
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito de estudio.....	227
3.2. Tipo de investigación.....	27
3.3. Nivel de investigación	27
3.4. Métodos de investigación	28
3.5. Diseño de investigación.....	28
3.6. Población, muestra y muestreo	28
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.8. Procedimiento de recolección de datos	29
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	29
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	

4.1. Presentación e Interpretación de Datos	3311
4.2. Discusión	40
Conclusiones	42
Recomendaciones.....	43
Referencias bibliográficas	444
Anexos:.....	46
Anexo 1: Matriz de consistencia	477
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	49



Índice de tablas

Tabla 1.	Procedencia de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	31
Tabla 2.	Edad de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	32
Tabla 3.	Nivel de Instrucción de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	33
Tabla 4.	Estado civil de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	34
Tabla 5.	Edad gestacional de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	35
Tabla 6.	Paridad de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	36
Tabla 7.	Indicación farmacológica para evacuación uterina de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia 2017 y 2018	37
Tabla 8.	Control de Hemoglobina post evacuación uterina de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	38
Tabla 9.	Anticoncepción al alta de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018	39

Resumen

Objetivo. Determinar las características de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018. **Método.** Tipo y nivel descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, diseño descriptivo simple, método inductivo. Población 65 gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario en los años 2017 y 2018, muestra censal. Técnica de estudio análisis de documentos, instrumento ficha de recolección de datos. **Resultados.** Del total de gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario que fueron atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018, el 69,2% proceden de la provincia de Huancavelica, el 12,3% de Acobamba, el 10,8% de Angaraes y el 7,7% de Huaytará. Las edades de las gestantes, el 44,6% tuvieron entre 21 y 25 años la edad, el 23,1% entre 26 y 30 años, el 12,3% entre 31 y 35 años y el 10,8% están entre las edades de 17 a 20 años. El nivel de Instrucción, el 53,8% tienen educación secundaria, el 26,2% educación primaria, el 12,3% educación superior universitario y el 7,7% educación superior técnica. El estado civil, el 49,2% son casadas; el 44,6% convivientes y el 6,2% solteras. La evolución del embarazo anembrionario el 36,9% alcanzó 6,5 semanas de gestación, el 20,0% alcanzó 7,0 semanas; el 12,3% alcanzó 6,3 semanas y el 7,7% de gestante llegó a 6,0 y 8,0 semanas de gestación respectivamente; es decir, el embarazo anembrionario se diagnosticó entre 6,3 y 8,3 semanas de gestación. El 44,6% fueron multíparas, el 32,3% fueron primíparas, el 18,5% fueron gran multíparas y el 4,6% fueron nulíparas. Todas las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario tuvieron la Indicación farmacológica con Misoprostol, para la evacuación uterina como tratamiento. El Control de hemoglobina post evacuación de las gestantes, el 40% No presentó anemia y el 60% de gestantes post aborto tuvieron anemia leve. El 55,4% de las gestantes post evacuación uterina, si recibieron protección anticonceptiva al alta y el 44,6% no tuvo protección anticonceptiva. **Conclusiones.** Las características más importantes de las gestantes con diagnóstico en embrionario la mayoría fue menor de 35 años, la mayoría tuvo secundaria, la edad gestacional que alcanzaron fue entre 6,3 y 8,3 semanas de gestación, a todas se terminó el embarazo con Misoprostol. El 60% de las gestantes post aborto presento anemia.

Palabras clave: Embarazo anembrionario, embarazo no evolutivo y características de las gestantes.

Abstract

Objective. To determine the characteristics of pregnant women diagnosed with anembryonic pregnancy at the Zacarías Correa de Valdivia Hospital, 2017 and 2018. **Method.** Type and descriptive level, retrospective and cross-sectional, simple descriptive design, inductive method. **Population** 65 pregnant women with diagnosis of anembryonic pregnancy in the years 2017 and 2018, census sample. **Study technique** document analysis, instrument data collection card. **Results** Of the total of pregnant women diagnosed with anembryonic pregnancy who were treated at the Zacarías Correa Hospital in Valdivia de Huancavelica during the years 2017 and 2018, 69.2% come from the province of Huancavelica, 12.3% from Acobamba, 10, 8% of Angaraes and 7.7% of Huaytará. The ages of pregnant women, 44.6% had between 21 and 25 years of age, 23.1% between 26 and 30 years, 12.3% between 31 and 35 years and 10.8% are between ages 17 to 20 years. The level of Instruction, 53.8% have secondary education, 26.2% primary education, 12.3% university higher education and 7.7. % technical higher education. Marital status, 49.2% are married; 44.6% were married and 6.2% were single. The evolution of the anembryonic pregnancy 36.9% reached 6.5 weeks of gestation, 20.0% reached 7.0 weeks; 12.3% reached 6.3 weeks and 7.7% of pregnant women reached 6.0 and 8.0 weeks of gestation respectively; that is, the anembryonic pregnancy was diagnosed between 6.3 and 8.3 weeks of gestation. 44.6% were multiparous, 32.3% were primiparous, 18.5% were large multiparous and 4.6% were nulliparous. All pregnant women with a diagnosis of anembryonic pregnancy had the pharmacological indication with Misoprostol, for uterine evacuation as a treatment. The control of hemoglobin after evacuation of pregnant women, 40% did not present anemia and 60% of post-abortion pregnant women had mild anemia. 55.4% of pregnant women post uterine evacuation, if they received contraceptive protection at discharge and 44.6% had no contraceptive protection. **Conclusions** The most important characteristics of the pregnant women with embryonic diagnosis were mostly younger than 35 years, most had secondary, the gestational age they reached was between 6.3 and 8.3 weeks of pregnancy, all ended with Misoprostol pregnancy. 60% of post-abortion pregnant women presented anemia.

Key words: Anembrionary pregnancy, non-evolutive pregnancy and characteristics of pregnant women.

Introducción

El embarazo es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer. Porque las primeras cinco semanas son más importantes porque muestra el desarrollo de la vida y el crecimiento de los embriones. Sin embargo, es importante porque también se evalúan otros aspectos como el embarazo intrauterino y el embarazo no viable. Las semanas 9 y 10 de amenorrea se consideran el final del período embrionario y el comienzo del período fetal, la formación placentaria final y la evaluación temprana de la mayor parte de la posición inicial de la placenta y las anomalías fetales.

Para el diagnóstico de embarazo fetal, se considera que la primera estructura que se puede mostrar durante el embarazo es el saco gestacional, que alcanza un tamaño de 2-3 mm después de aproximadamente 4 semanas y media de amenorrea. El saco gestacional es el nombre utilizado en la ecografía y no corresponde a una estructura específica del embrión.

Se considera a la estructura embrionaria al embrión, saco vitelino, corion y membrana amniótica. Si estas estructuras no se visualizan porque son demasiado pequeñas, la cápsula se ubica en una capa de la decidua, mostrando una imagen de signos intradecidual, determina el tamaño del saco gestacional a través del diámetro sacular medio (DSM) (1)

Cuando el saco gestacional llega a los 5 mm a las 5 semanas, se puede ver por la vía trasabdominal. Cuando el diámetro sacular medio DSM crece 1 mm al día. Por otro lado, con valores de HGC sub-B entre 1000 y 2000 mUI / ml y aproximadamente 3600 mIU / ml por vía transperitoneal, es posible visualizar el saco del embarazo a través de la vía vaginal. (1)

La apariencia del saco vitelino aparece aproximadamente 5 semanas después de la amenorrea. Antes de la semana 5 mide 1 a 2 mm de diámetro (DSM 5 mm). Después de 5 semanas y media, el saco vitelino tiene un tamaño de 8 a 10 mm y luego disminuye de tamaño. Por lo tanto, los embriones se ven cada vez más y se pueden observar a través del tubo de la yema de huevo, que sirve como primera base para encontrar el embrión y su actividad cardíaca. (2)

Según lo revisado a nivel nacional no existen estudios de las características ecográficas del saco vitelino y su relación con el aborto involuntario por lo que se ha decidido realizar esta investigación. Las revisiones a nivel nacional, no se encontraron investigación sobre el embarazo anembrionario. La investigación presenta en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo

III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.



CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo en la mujer es la etapa de desarrollo más importante del ser humano; por ello esta etapa tanto la mujer como el feto se enfrentan a diversos riesgos involucrados con la salud, siendo motivo importante el seguimiento y control del embarazo y que sea realizado por personal sanitario cualificado. La mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, pero todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. (3)

Entre los eventos anormales que se presenta durante esta etapa de la mujer encontramos al embarazo anembrionario, siendo el 50% de las pérdidas del embarazo durante el primer trimestre están asociadas a esta causa (3).

Esto ocurre cuando el óvulo que es fertilizado se implanta en la cavidad uterina; pero se desarrolla únicamente el saco gestacional sin embrión en su interior, producido por problemas cromosómicos asociados a un óvulo o espermatozoide de baja calidad que generan un error de información o de codificación en las células que conforman el huevo primitivo, por el cual se origina un huevo vacío, exponiendo a la mujer a riesgos mórbidos y la probabilidad de enfermar y morir.

Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. (4)

Entre las alternativas de solución o tratamiento del embarazo anembrionario está el culminar con el supuesto embarazo para ello la OMS incluye el misoprostol en sus directrices basadas en la evidencia y en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales

para la interrupción temprana del embarazo junto con la mifepristona, el tratamiento médico del aborto retenido espontáneo, anembrionario y la inducción del trabajo de parto. (5)

El aborto es un problema de salud pública sobre todo en países en vías de desarrollo, produciéndose 70-80% de las fecundaciones. Dentro de esta estadística se incluye el embarazo con saco vitelino de forma irregular, ecogénico y con alteración de tamaño puede asociarse con aborto. Por tanto, es importante evaluar saco vitelino ecográficamente durante el primer trimestre ya que puede determinar el pronóstico del embarazo.

El aborto es una causa de morbilidad y mortalidad, que viene disminuyendo en los últimos años, probablemente debido a la difusión en el uso del fármaco denominado Misoprostol, como tratamiento indicado.

El uso del Misoprostol una alternativa en el tratamiento en los embarazos no evolutivos con buenos resultados según las estadísticas nacionales e internacionales, siendo en el Perú, el uso del misoprostol, se encuentra establecido en las normas y pautas de las dosis y vías de administración en el tratamiento del Aborto no viable, para la evacuación uterina.

En el hospital Zacarías Correa Valdivia, la incidencia de los abortos no viables incluyendo en aborto anembrionario son importantes, por ello considere necesario estudiar las características de la gestante con el diagnóstico de embarazo anembrionario.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- Cuáles son las características de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, en los años 2017 y 2018.
- Determinar las características del embarazo anembrionario de gestantes

atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, en los años 2017 y 2018.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, en los años 2017 y 2018.
- Determinar las características del embarazo anembrionario de gestantes atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, en los años 2017 y 2018.

1.4. Justificación

El aborto se define como la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Dentro de ella se tiene el aborto por embarazo anembrionario, que consiste en un óvulo que es fertilizado y que luego de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional, pero sin desarrollarse el embrión en su interior, por ello su culminación implica un aborto.

El diagnóstico oportuno del embarazo anembrionario se realiza preferentemente a través de la ultrasonografía. Siendo este examen una posibilidad de diagnosticar oportunamente y anticiparse al tratamiento durante el embargo, evitando así exponer a un cuadro de hemorragia a la paciente. Por ello es importante conocer las características de las gestantes con embarazo anembrionario. Los resultados de la presente investigación permitirán conocer las características de la gestante con este cuadro y ayudara en el diagnóstico oportuno. Así mismo se cumpla con el control ecográfico durante el primer trimestre brindarle apoyo emocional para que en un futuro pueda llevar un embarazo satisfactorio.

1.5. Limitaciones y factibilidad

La realización de la presente investigación tuvo la limitación de información, toda vez que es un tema poco investigado y publicado. El problema carece de antecedentes de investigación para contrastar los resultados. En otro aspecto no tuvo limitaciones ya que se contó con una autorización y colaboración del personal trabajador de la parte estadística en el Hospital Zacarías Correa Valdivia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Maldonado (6) Características ecográficas del saco vitelino durante el primer trimestre del embarazo como predictor de aborto. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016-2017. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Posgrado de Imagenología. Cuenca – Ecuador; 2018. Cuyo objetivo: Determinar las características ecográficas del saco vitelino durante el primer trimestre del embarazo como predictor de aborto. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016 – 2017. Metodología: estudio analítico transversal, realizado en 397 historias clínicas (trabajando finalmente 407) de embarazadas de 5 a 10 semanas de gestación remitidas servicio de Imagenología del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2016 - 2017 con seguimiento cada 4 semanas, hasta alcanzar 20 semanas de gestación. Información fue recogida en formulario previamente mejorado a través de pilotaje. Se construyó la base de datos SPSS V 15. Datos analizados mediante tablas simples de frecuencia y múltiples para el análisis bivariado. Resultados: Del total de embarazadas 24,82% presentaron aborto. Edad media 28,75 años ($\pm 5,9$). Forma del saco vitelino regular constituyó 14,25% abortos, irregular representó 10,57 % (RP 37,06 IC95%:15,08-91,01;p 0,000). Tamaño menor de 3 y mayor de 5 mm desarrolló 17,20% abortos (RP 4,08 IC95%: 2,516,61; p 0,000). Estructura anecoico estableció 18,92% abortos en comparación con la estructura ecogénico y calcificado 5,90% (RP 31,48 IC95%:9,23-107,27; p 0,000). Conclusión: Características ecográficas del saco vitelino en cuanto a forma, tamaño y estructura se asociaron con desarrollo posterior de aborto espontáneo involuntario.

Peña et al (7) Ultrasonografía fetal en el diagnóstico prenatal del primer trimestre del embarazo, resultados de seis años. Cuba, con el Objetivo: describir el diagnóstico prenatal por ultrasonografía del primer trimestre del embarazo, realizado a gestantes de Las Tunas, durante los años 2011 a 2016. Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo del diagnóstico prenatal por ultrasonido en el primer trimestre del embarazo, realizados en el departamento de genética provincial, Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, en el período señalado. Se utilizó el registro de malformaciones congénitas y se evaluaron las variables: gestantes evaluadas, defectos congénitos diagnosticados, clasificación por aparato de los defectos congénitos y marcadores genéticos. Resultados: se reportaron 74 defectos congénitos del primer trimestre en los seis años estudiados, representando el 0,2 % de las gestantes evaluadas. La prevalencia ajustada de estos defectos del primer trimestre fue de 2,0 por cada 1000 nacidos vivos. Predominaron los defectos del tubo neural con 28 casos, para un 37,8 %. La translucencia nuchal (TN) fue el marcador genético más observado con 76 de 102 casos totales, 74,5 %, le siguieron los marcadores combinados, 24 casos para un 23,5 %. Conclusiones: la ultrasonografía del primer trimestre permitió diagnosticar defectos congénitos del desarrollo y marcadores genéticos, útiles en el diagnóstico de cromosomopatías, malformaciones fetales y síndromes genéticos.

A nivel nacional.

Ramón (8) Eficacia del Misoprostol en el Aborto Frustrado y Gestación No Evolutiva según vía de administración. Universidad San Martín de Porres. Lima 2012, con el Objetivo. - Evaluar la eficacia del misoprostol en aborto frustrado y gestación anembrionada comparando la vía de administración vaginal-oral y vaginal sublingual. Material y método. -El diseño de estudio corresponde a un estudio descriptivo. La muestra de estudio estuvo conformada por todas las pacientes en el primer trimestre de gestación, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernal entre enero y diciembre del 2009. En total fueron 230 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizó un formulario para consolidar los datos recogidos de las historias clínicas. El formulario se elaboró teniendo en consideración los objetivos del estudio. Se acudió al área de estadística del INEN para obtener la lista de pacientes que recibieron misoprostol en el año 2009. Se coordinó con el Archivo de Historias Clínicas para la obtención de las historias seleccionadas para el estudio.

Los datos se registraron en una ficha de recolección de datos. El procesamiento estadístico se llevó a cabo en forma mecanizada, utilizando el programa de cómputo "SPSS v 20". Resultados. - De los 230 casos estudiados 65.2% correspondieron a aborto frustro (150 casos) y 34.8% corresponden (80 casos) en gestación anembrionada. Conclusiones. -De acuerdo a los objetivos se concluye que el tiempo de evacuación se presentó en un mayor porcentaje (66.7%) en un tiempo de 6 horas en aborto frustro, lo mismo que para la gestación anembrionada en (68.1%). Entre las complicaciones más frecuentes encontradas tenemos las deposiciones líquidas 23.3% (35 casos) en aborto frustro y 22.5% (18 casos) en gestación anembrionada y en menor caso tenemos fiebre y vómitos en cada grupo. La dosis con la que se obtuvo una mayor eficacia (maduración cervical 8 mm) fue la vía fonda de saco vaginal más vía oral en dosis de 200 ug + 600 ug. obteniéndose un 60% de eficacia para el aborto frustro y un 56.25% para gestación anembrionada.

Silva y Espinoza (9) "Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital Essalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. 2017, con el objetivo: Determinar los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Essalud de Ayacucho de Mayo a Julio 2016. UNSCH. Metodología: Tipo de investigación Aplicada, No experimental, Transversal, descriptivo y prospectivo. Muestra 50 gestantes con diagnóstico de embarazo no evolutivo determinados por ultrasonografía, muestreo probabilístico intencional. Resultado: La frecuencia de embarazo no evolutivo en el Hospital de EsSalud de Ayacucho fue en 48% por aborto frustro, 30% por embarazo anembrionario, 8% por embarazo ectópico y óbito fetal en ambos casos y sólo 6% por embarazo molar. 2. Los factores asociados a embarazo no evolutivo, estadísticamente significativo ($p < 0.05$) fueron; la paridad, antecedente de aborto, antecedente de ITU, la diabetes mellitus, el consumo de cigarrillos y el nivel de instrucción. 4. El 42% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustro que se presentó en las adultas y en 8% en gestantes que se auto medican.

Bouquet de Duran (10) Aborto espontáneo, Este artículo propone repensar el aborto espontáneo en sus dimensiones biológica, psicológica y social con el fin de reivindicar las problemáticas psicosociales que el mismo desencadena. Además, invita a

reflexionar acerca de la necesidad de no desconocer o ignorar las últimas dos dimensiones.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto espontaneo

El aborto espontáneo es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que puede producirse un aborto espontáneo en una mujer con una gestación intrauterina viable confirmada. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos y ecografía. En general, el tratamiento es la conducta expectante para la amenaza de aborto y, si se produce el aborto espontáneo o éste parece inevitable, la observación o la evacuación del útero. (11)

2.2.2. Gestación anembrionaria

La gestación anembrionada, también denominada embarazo anembrionado o huevo anembrionado es un problema muy frecuente. El 50% de las pérdidas del embarazo durante el primer trimestre están asociadas a esta causa. El embarazo anembrionado o embarazo anovulado. El anembrionario es un óvulo que es fertilizado y que luego de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional, pero sin desarrollarse el embrión en su interior. En palabras más simples es como si fuera un embarazo sin bebé. Se produce por problemas cromosómicos asociados a un óvulo o espermatozoide de baja calidad que generan un error de información o de codificación en las células que conforman el huevo primitivo, por el cual se origina un huevo vacío. Las células que deberían formar el embrión no responden y se origina sólo la cubierta que está destinada a formar la futura placenta. (11)

2.2.3. Fisiopatología del embarazo anembrionario

Las causas del embarazo anembrionado son generalmente las mismas que ocasionan un aborto espontáneo o el fracaso temprano del embarazo, el embrión detiene su desarrollo antes de alcanzar 1mm y por lo tanto no se puede observar y asignamos el nombre de anembrionado Evolución natural del embarazo

anembrionado: El producto de la concepción humana produce un huevo con dos masas celulares, una interna y una externa; una vez ocurrida la implantación la masa externa genera la placenta y los tejidos extra fetales mientras que la masa interna se va diferenciando en el embrión y los órganos que lo componen. De existir u ocurrir algún problema embrionario su desarrollo se detiene, pero es posible que los tejidos placentarios continúen desarrollándose y manteniendo la sintomatología del embarazo aun cuando no haya un embarazo como tal debido a la ausencia de un embrión. Luego más adelante de la gestación, usualmente antes de la semana 10-12, se produce un sangrado genital o amenaza de aborto que usualmente conduce a un aborto activo debido a que la ausencia de embrión o feto, dependiendo de la edad gestacional, impide que el tejido placentario siga desarrollándose. Anteriormente este tipo de diagnóstico era difícil de hacer, pero con el advenimiento de la Sonografía transvaginal y las pruebas de embarazo ultrasensibles gran parte de los embarazos anembrionados se diagnostican antes de que ocurra una pérdida espontánea. (12)

2.2.4. Importancia de la ecografía en el primer trimestre

El avance de la tecnología nos permite utilizar en la evaluación del primer trimestre iniciando entre la 6 a 10 semanas y es por vía intravaginal, del embarazo por los siguientes motivos: Como primer motivo con tan solo el 1% de los casos, confirmar la gestación intrauterina. Confirmar evolutividad de la gestación. Diagnosticar la vitalidad del embrión, evaluando el ritmo cardíaco con una ecografía vaginal a partir de la sexta semana o por vía abdominal a partir de la séptima semana de gestación. Nos permite confirmar el embarazo y conocer la edad gestacional, para ello calcula la ecografía puede calcular con gran exactitud las semanas de embarazo, siendo esta información muy útil para poder detectar, más adelante, problemas en el crecimiento del feto. Permite detectar indicios de alteraciones cromosómicas mediante screening esografico entre ellas la medición de la translucencia o pliegue nucal del feto, es decir, analiza el líquido que todos los embriones tienen detrás de la nuca y otros. (13)

2.2.5. Desarrollo embrionario

Actualmente para las estrictas nomenclaturas embriológicas, el concepto de embrión llega hasta las 9 semanas de gestación. Aproximadamente 3 días después de la fertilización, una masa de 12 o más blastómeras llamada mórula, entra en el útero. Los espacios intercelulares de la mórula se van ocupando de líquido y forman el blastocisto, que está compuesto por 3 componentes:

El embrioblasto, que da lugar al embrión y algunas estructuras extraembrionarias; **la cavidad del blastocito**; y **el trofoblasto**, otra pequeña parte de células dará lugar a estructuras extraembrionarias y a la parte embrionaria de la placenta. (14)

Al final de la primera semana de fertilización (tercera semana postmenstrual), el blastocito se implanta superficialmente en el endometrio. Las condiciones óptimas de implantación han sido descritas como una línea endometrial mayor de 7 mm y un endometrio hipoeogénico con 5 capas bien definidas en un ecógrafo de alta resolución. También, la visualización del flujo sanguíneo subendometrial es un buen factor pronóstico. (14)

A las 4 semanas post menstruales: se da el primer cambio ecográfico cuando se puede comenzar a visualizar un pequeño saco gestacional. El saco gestacional o coriónico, se encuentra en un extremo dentro del grueso endometrio hacia el fondo uterino. El diámetro principal del saco se obtiene con la media de las medidas anteroposterior, longitudinal y transversal. Antes incluso de que el saco vitelino o el embrión se puedan visualizar, aparece una colección de flujo sanguíneo subendometrial. Este flujo constituye un signo de presencia de un embarazo intrauterino. El signo de la “doble decidua” o del “doble anillo”, fue descrito como dos anillos concéntricos de tejido alrededor del saco intrauterino que protruyen en la cavidad intrauterina. Esta morfología difiere del pseudosaco gestacional que se puede observar en el embarazo ectópico, y excluye su presencia. Los dos anillos concéntricos representan la decidua capsular que queda sobre el saco gestacional y la decidua parietal (decidua vera). Cuando esta estructura mide 2-5 mm corresponde a niveles de β HCG de entre 400-800 mIU/ml. Cuando los niveles de β HCG alcanzan las 2400 mIU/ml, el saco gestacional debe ser visualizado. No obstante, hay muchos factores que pueden impedir la correcta visualización del saco gestacional, tales como, útero en

retroversión, obesidad materna, experiencia limitada del ecografista y baja resolución del equipo. (14)

La vesícula vitelina es la primera estructura visible dentro del saco gestacional y confirma la presencia de embarazo intrauterino. Si usamos una sonda transabdominal, la vesícula vitelina se visualiza con frecuencia en un saco con un diámetro principal de 10-15 mm, y se debería ver siempre en un saco de 20 mm. Con la sonda transvaginal, la vesícula vitelina se visualiza normalmente en un saco de 8-10 mm. El límite superior de normalidad del diámetro del saco vitelino, entre las 5-10 semanas postmenstruales es 5.6 mm, diámetros superiores son de mal pronóstico. (14)

El amnios y la vesícula vitelina se diferencian aproximadamente al mismo tiempo, pero la vesícula vitelina es visible ecográficamente mientras la membrana amniótica aún no lo es. Incluso cuando la membrana amniótica no se visualiza, la presencia de dos vesículas vitelinas implica la existencia de dos sacos amnióticos.

2.2.6. Consecuencias del embarazo anembrionario

El embarazo anembrionario tiene como consecuencia principal es la pérdida del embarazo, ya sea por aborto natural, produciéndose la expulsión y sangrado vaginal o a través del legrado uterino, confirmado por una ecografía. La ausencia de la estructura embrionaria requiere culminar con el embarazo, toda vez que las células degeneran y las sustancias tóxicas que producen pueden dar lugar a serias alteraciones en la salud, siendo el aborto la única solución posible para estas pacientes, con el consecuente estudio genético del producto extraído. (15) (16)

2.2.7. Características generales de la gestante

Edad.

La frecuencia de abortos y trastornos del embarazo aumentan con la edad y se nota un incremento apreciable de abortos, problemas congénitos y trastornos cromosómicos en productos de la concepción de mujeres mayores de 40 años. (15)

Paridad

Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos, los abortos espontáneos se dan en cualquier edad; sin embargo, las estadísticas reportan con mayor frecuencia en nulíparas y primíparas.

Antecedentes de aborto

Es la pérdida del embarazo producido en gestaciones anteriores que pueden ser espontáneos o provocados, siendo la mayoría de las mujeres que han tenido un embarazo anembrionario tienen embarazos perfectamente normales y exitosos después de esto.

2.3. Variables de Estudio

Univariable:

Características de las gestantes con diagnóstico embarazo embrionario.

Subvariables

Procedencia de las gestantes.

Edad de las gestantes con diagnóstico embarazo embrionario.

Nivel de Instrucción de las gestantes.

Paridad de la de las gestantes.

Estado civil de las gestantes.

Edad gestacional por ecografía

Indicación con Misoprostol para maduración cervical

Control de Hemoglobina post evacuación

Anticoncepción al alta de las gestantes.

2.4. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valor
Variable: Características de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario	Son las situaciones particulares y clínicas en la que se presenta en un embarazo intrauterino, con un desarrollo anormal caracterizado por la presencia solo de un saco gestacional vacío sin embrión en su interior, causadas fundamentalmente por anomalías cromosómicas y embrionarias de índole genética, infecciosa o congénita.	Viene a ser el resultado de la aplicación del instrumento a la muestra cuyo resultado se expresa en las características de la gestante con diagnóstico de embarazo anembrionario o no evolutiva.	Características de la gestante con diagnóstico de embarazo anembrionario	• Edad de procedencia • Nivel de Instrucción • Estado civil • Número de Hijos	• Años • Acobamba, Huancavelica • Anagaraes, Huaytará, Castrovirreyna, Tayacaja Y Churcampa • Primaria, Secundaria, Superior técnica, Superior Universitaria. ✓ Soltera, Casada, Conviviente, Viuda, Divorciada • Uno, Dos y más de dos.	Ordinal Si () No ()
			Características del embarazo Anembrionario	• Edad gestacional ecográfica • Paridad • Indicación Misoprostol • Evacuación terina • Control HB post Evacuación	✓ En semanas • Nulípara • Primípara • Multípara • Gran Multípara ✓ Sí No • Completa • Incompleta • Hb: > 11gr/dl	Nominal Si () No ()

				• Anticoncepción al alta	• Hb:9 a 11 gr/dl • Hb:7 a 9 gr/ dl • Hb: < 7 gr/dl ✓ Sí No	
--	--	--	--	--	---	--

2.5. Definición de términos

Edad gestacional:

Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.

Embarazo Anembrionario:

El embarazo anembrionado se refiere a una situación clínica en la que hay un embarazo intrauterino, pero no se desarrolla normalmente; de hecho, solo se observa un saco gestacional vacío sin señales de un embrión en su interior.

Embarazo no evolutivo:

Es aquel embarazo que, por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas.

Antecedentes de abortos:

Es la pérdida del embarazo producido en gestaciones anteriores que pueden ser espontáneos o provocados

Edad:

Tiempo de existencia de la madre desde el nacimiento hasta la actualidad.

Paridad:

Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación se realizó en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, está considerado como Hospital Referencial de mayor capacidad resolutive a nivel de la Región, se ubica en el segundo nivel de atención, sexto nivel de complejidad, con categoría 11-2. Siendo hospital referencial tiende usuarios de diferentes modalidades de aseguramiento en salud, siendo la atención a demanda, recibiendo pacientes referidos de los establecimientos de salud de las provincias de la Región Huancavelica

La Región Huancavelica está ubicada en la sierra central del Perú. Limita por el norte con el departamento de Junín, por el oeste con los departamentos de Ica y Lima, por el este con el departamento de Ayacucho y por el sur con los departamentos de Ica y Ayacucho. Comprende un territorio de 22,131.47 Km² que representa el 1.72% de la superficie del Perú. En Huancavelica se caracteriza por tener los pisos Jalca y Janca, que está entre los 3, 800 a 5, 000 m.s.n.m. Políticamente, Huancavelica cuenta con 7 Provincias y 94 distritos. La altitud máxima de la región es 4,473 msnm (distrito de Santa Ana/Castrovirreyna) y la mínima 1,950 msnm (distrito de Ocoyo/Huaytará)

3.2. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo básica, observacional toda vez que su única finalidad es buscar conocimiento científico, es decir conocer las características de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario del hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018. (17)

3.3. Nivel de investigación

El presente estudio corresponde al nivel descriptivo, por que comprende la descripción analisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o fe o proceso de los fenómenos, ya que características de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías correa Valdivia, 2017 y 2018. (17)

3.4. Métodos de investigación

Deductivo: Se utilizó el método deductivo son estrategias de razonamiento lógico, usa principios generales para llegar a una conclusión específica.

Método observacional:

El método es observacional por que el investigador considera los fenómenos tal como se presentan, sin modificarlos ni actuar sobre ellos. Describe las características de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018.

3.5. Diseño de investigación

El presente estudio se utilizó el diseño descriptivo simple, teniendo en cuenta que proporciona al investigador guías específicas de orientación para la realización de un determinado estudio de algún hecho o fenómeno tal como se encuentra en la realidad, sin manipulación ni control de la variable.

Donde:

M O

M: Gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario.

O: Características de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población para el presente estudio estuvo constituida por 65 gestantes con el diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia durante el año 2017 y 2018, de acuerdo a los registros del Hospital distribuidos como sigue (18)

Provincia	2017	2018	Total
Huaytará	1	4	5
Angaraes	3	5	8
Huancavelica	22	21	43
Acobamba	5	4	9

Total	31	34	65
-------	----	----	----

3.6.2. Muestra:

La muestra es censal, porque se selecciona al 100% de la población considerada, toda vez que la población es pequeña se tomará a las 65 gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, durante el año 2017 y 2018, por lo tanto, no se utiliza muestreo.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

Se entiende como técnica como el conjunto de reglas y procedimientos que le permite al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación.

Por lo tanto, la Técnica es el análisis documental, que obedece al análisis de las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa de Valdivia, durante el año 2017 y 2018.

Instrumento:

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos que recogió los datos establecidos para lograr los objetivos propuestos en la presente investigación

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el proyecto de investigación y se presentó a la Facultad de Ciencias de la Salud, para iniciar con la elaboración del presente.

Segundo: Se solicitó autorización para la realización de la investigación al director del Hospital Zacarías Corea Valdivia de esta ciudad

Tercero: Se contrató a dos personas para recoger la información a quienes se le capacitó sobre la recolección de datos a través de la ficha de recolección de datos.

Cuarto: Con la autorización se indicó la recolección de información correspondiente

Quinto: Se procedió a procesar la información a través de la estadística descriptiva

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se realizó el ordenamiento y clasificación de variables; Se elaboró una base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 23.0. Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico IBM Statistics SPSS Versión 23, Hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2013.

Estadística descriptiva: Se utilizó la estadística descriptiva para la representación de los datos en tablas.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

En el presente estudio, cuyo título: Características de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018, se realizó bajo el enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo cuyos resultados se presentan:

Tabla 1. Procedencia de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Procedencia de gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Acobamba	8	12,3
Huancavelica	45	69,2
Angaraes	7	10,8
Huaytará	5	7,7
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 1, se describe que fueron atendidos 65 pacientes que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica con diagnóstico embarazo anembrionario, de los cuales, ocho gestantes que es 12,3% proceden de la provincia de Acobamba; 45 gestantes que representa al 69,2% proceden de la provincia de Huancavelica, siete pacientes que es 10,8% proceden de la provincia de Angaraes y cinco pacientes que es 7,7% proceden de la provincia de Huaytará, quienes fueron atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

Tabla 2. Edad de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Edad de gestantes	Frecuencia	Porcentaje
17-20 años	7	10,8
21-25 años	29	44,6
26-30 años	15	23,1
31-35 años	8	12,3
36-40 años	6	9,2
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 2, se describe la edad de 65 pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionario que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica, de los cuales, siete gestantes que es 10,8% están entre 17 a 20 años; 29 gestantes que representa al 44,6% están entre 21 y 25 años, 15 pacientes que representa 23,1% están entre 26 y 30 años, ocho pacientes que representa 12,3% están entre 31 y 35 años, y seis pacientes que representa el 9,2% están entre 36 y 40 años, quienes fueron atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

Tabla 3. Nivel de Instrucción de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	17	26,2
Secundaria	35	53,8
Superior técnica	5	7,7
Superior universitario	8	12,3
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 3, se describe el nivel de instrucción de los pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionario que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica, de los cuales, 17 gestantes que es 26,2% tienen educación primaria; 35 gestantes que representa al 53,8% tienen educación secundaria, 5 pacientes que representa 7.7.% tienen educación superior técnica, y ocho pacientes que representa el 12,3% tienen educación superior universitario de los pacientes atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

Tabla 4. Estado civil de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	6,2
Casada	32	49,2
Conviviente	29	44,6
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 4, se describe el estado civil de los pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionario que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica, de los cuales, cuatro gestantes que es 6,2% son solteras; 32 gestantes que representa al 49,2% son casadas; 29 pacientes que representa 44,6% tienen estado civil de convivientes los pacientes atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

Tabla 5. Edad gestacional de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Edad Gestacional por Ecografía	Frecuencia	Porcentaje
6,5	24	36,9
7,0	13	20,0
6,3	8	12,3
6,0	5	7,7
8,0	5	7,7
7,2	4	6,2
7,5	3	4,6
6,2	1	1,5
7,3	1	1,5
8,3	1	1,5
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 5, se describe la edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal en semanas de 65 pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionario que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica, de los cuales, 24 gestantes que es 36,9% tienen edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal de 6,5 semanas; 13 gestantes que representa al 20,0% tienen edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal de 7,0 semanas; ocho gestantes que representa al 12,3% tienen edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal de 6,3 semanas, cinco gestantes que representa al 7,7% tienen edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal de 7,7 semanas, cuatro gestantes que representa al 6,2% tienen edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal de 7,2 semanas, tres gestantes que representa al 4,6% tienen edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal de 4,6 semanas y una gestante con una semana de gestación que representa al 1,5% tienen edad gestacional ecográfica abdominal o transvaginal de 6,2; 7,3 y 8,3 semanas de los pacientes

Tabla 6. Paridad de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	3	4,6
Primípara	21	32,3
Múltipara	29	44,6
Gran múltipara	12	18,5
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 6, se describe la paridad de pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionario 65 pacientes que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica, de los cuales, tres gestantes que es 4,6% son nulíparas; 21 gestantes que representa al 32,3% son primíparas; 29 pacientes que representa 44,6% son múltiparas y 12 pacientes que representa el 18,5% son gran múltipara de los pacientes atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

Tabla 7. Indicación farmacológica para evacuación uterina de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Indicación farmacológica para evacuación uterina	Frecuencia	Porcentaje
Misoprostol	65	100,0
Otro		
Total	65	100.0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 7, se describe que los 65 pacientes que representa el 100% recibieron indicación de Misoprostol para maduración cervical en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

Tabla 8. Control de Hemoglobina post evacuación uterina de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Hemoglobina mayor a 11gr/dl	26	40,0
Hemoglobina de 9 a 10,9 gr/dl	38	58,5
Hemoglobina de 7 a 8,9 gr/ dl	1	1,5
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 8, se describe el Control de hemoglobina post evacuación en 65 pacientes que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica, de los cuales, 26 gestantes que es 40,0% tienen hemoglobina mayor 11 gr/dl; 38 gestantes que representa al 58,5% tienen hemoglobina de 9 a 10,9 gr/dl y un paciente que representa 1,5% tienen hemoglobina de 7 a 8,9 gr/dl, de los pacientes atendidos en el Hospital Zacarías Correa de Valdivia Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

Tabla 9. Anticoncepción al alta de las gestantes con diagnostico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018

Anticoncepción al alta	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	44,6
No	36	55,4
Total	65	100,0

Fuente: Elaboración propia de encuesta aplicada

De la tabla 9, se describe la anticoncepción alta en pacientes con diagnostico embarazo anembrionario en 65 pacientes que representa el 100% de cuatro provincias del departamento de Huancavelica, de los cuales, 29 gestantes que es 44,6% recibieron dosis de anticoncepción alta y 36 gestantes que representa al 55,4% recibieron dosis de anticoncepción alta, en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018.

4.2. Discusión

Del total de gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario que fueron atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018, el 69,2% proceden de la provincia de Huancavelica, el 12,3% de Acobamba, el 10,8% de Angaraes y el 7,7% de la provincia de Huaytará, el resultado que explica la mayor frecuencia en la provincia de Huancavelica se debe a la proporción de gestantes que se encuentran en la provincia.

Las edades de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario durante el año 2017 y 2018, el 44,6% tuvieron entre 21 y 25 años la edad, el 23,1% entre 26 y 30 años, el 12,3% entre 31 y 35 años y el 10,8% están entre las edades de 17 a 20 años, lo que explica que la frecuencia de abortos y trastornos del embarazo aumentan con la edad y se nota un incremento apreciable de abortos, problemas congénitos y trastornos cromosómicos en productos de la concepción de mujeres mayores de 40 años. (15)

El nivel de Instrucción de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario el 53,8% tienen educación secundaria, el 26,2% educación primaria, el 12,3% tienen educación superior universitario y el 7,7. % tienen educación superior técnica, Resultado diferente a lo hallado por Silva y Espinoza (9) que encontró entre los factores asociado al embarazo no evolutivo el grado de instrucción.

El estado civil de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario, el 49,2% son casadas; el 44,6% tienen estado civil de convivientes y el 6,2% son solteras, resultado que se explica con el reporte del INEI 2016, que refiere que, en el año 2016, se han inscrito 94 mil 94 matrimonios, observándose una disminución de 12,4% entre 2012 y 2016

La evolución del embarazo anembrionario en el hospital Zacarías correa Valdivia durante los años 2017 y 2018, el 36,9% alcanzo 6,5 semanas de gestación, el 20,0% alcanzo su evolución a 7,0 semanas; el 12,3% alcanzo 6,3 semanas de gestación y el 7,7% de gestante llegó a 6.0 y 8.0 semanas de gestación respectivamente, es decir el embarazo anembrionario se diagnosticó entre 6.3 y 8.3 semanas de gestación. Resultado concordante a lo hallado por Maldonado (6) que encontró saco vitelino irregular de tamaño menor de 3mm y mayor de 5mm y terminó en aborto. Es decir, la característica irregular de saco vitelino se asoció con el posterior aborto espontaneo.

El 44.6% de las gestantes con diagnóstico anembrionario fueron multíparas, el 32.3% de las gestantes fueron primíparas, el 18.5% fueron gran multíparas y el 4.6% fueron nulíparas. Resultado concordante a lo encontrado por Silva y Espinoza (9), encontró que los factores asociados al embarazo no evolutivo fueron; la paridad, antecedente de aborto, antecedente de ITU, la diabetes mellitus y el consumo de cigarrillos.

Todas las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario tuvieron la Indicación farmacológica con Misoprostol, para la evacuación uterina como tratamiento. Esto responde a la alternativa de solución o tratamiento del embarazo anembrionario, incluye el misoprostol en sus directrices basadas en la evidencia y en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para la interrupción temprana del embarazo (5). Resultado coincidente a lo hallado por Ramón (8) donde encontró que el 68.1% de aborto anembrionario, tuvo un tiempo de evacuación a las 6 horas de administrado el Misoprostol.

El Control de hemoglobina post evacuación de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario el 40% No presentó anemia y el 60% de gestantes post aborto tuvieron anemia leve, no se encontró datos para contrastar estos resultados; sin embargo, se puede aseverar que se deba a la pérdida del sangrado y la inadecuada alimentación por los síntomas propios del embarazo en el primer trimestre.

El 55,4% de las gestantes post evacuación uterina, si recibieron protección con anticoncepción al alta y el 44,6 % no tuvo protección anticonceptiva al ser dada de alta., protegiendo un embarazo sucesivo ya que el retorno de la ovulación sucede entre 2 y 3 semanas después del aborto; sin embargo, se puede presentar tan pronto como 8-10 días después, cuando el aborto ha sido a edad temprana.

Conclusiones

1. Del total de gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario que fueron atendidos en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica durante los años 2017 y 2018, el 69,2% proceden de la provincia de Huancavelica, el 12,3% de Acobamba, el 10,8% de Angaraes y el 7,7% de la provincia de Huaytará.
2. Las edades de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario durante el año 2017 y 2018, el 44,6% tuvieron entre 21 y 25 años la edad, el 23,1% entre 26 y 30 años, el 12,3% entre 31 y 35 años y el 10,8% están entre las edades de 17 a 20 años.
3. El nivel de Instrucción de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario el 53,8% tienen educación secundaria, el 26,2% educación primaria, el 12,3% tienen educación superior universitario y el 7.7. % tienen educación superior técnica.
4. El estado civil de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario, el 49,2% son casadas; el 44,6% tienen estado civil de convivientes y el 6,2% son solteras.
5. Las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario por ecografía que se atendieron en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, el 36,9% tuvieron una edad gestacional de 6,5 semanas; el 20,0% tuvieron una edad gestacional de 7,0 semanas; el 12,3% tuvieron una edad gestacional de 6,3 semanas, el 7,7% de gestante tuvieron una edad gestacional de 6.0 y 8.0 semanas respectivamente.
6. El 44.6% de las gestantes con diagnóstico anembrionario fueron multíparas, el 32.3% de las gestantes fueron primíparas, el 18.5% fueron gran multíparas y el 4.6% fueron nulíparas.
7. La Indicación farmacológica para la evacuación uterina de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario, en todas en el 100% utilizaron el Misoprosoltol para culminar con el supuesto del embarazo.
8. El Control de hemoglobina post evacuación de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario el 40% No tuvo Anemia y el 60% tuvieron anemia moderada.
9. El 55,4% de las gestantes post evacuación uterina, si recibieron protección con anticoncepción al alta y el 44,6 % no tuvo protección anticonceptiva al ser dada de alta.

Recomendaciones

A todas las gestantes se les recomienda realizarse el examen ecográfico transvaginal en el primer trimestre para descartar de manera precoz el embarazo anembrionario o un embarazo no evolutivo.

A los ginecólogos se les recomienda esperar a través de una conducta expectante antes de indicar su culminación o confirmar a través de la ecografía que confirme su vitalidad.

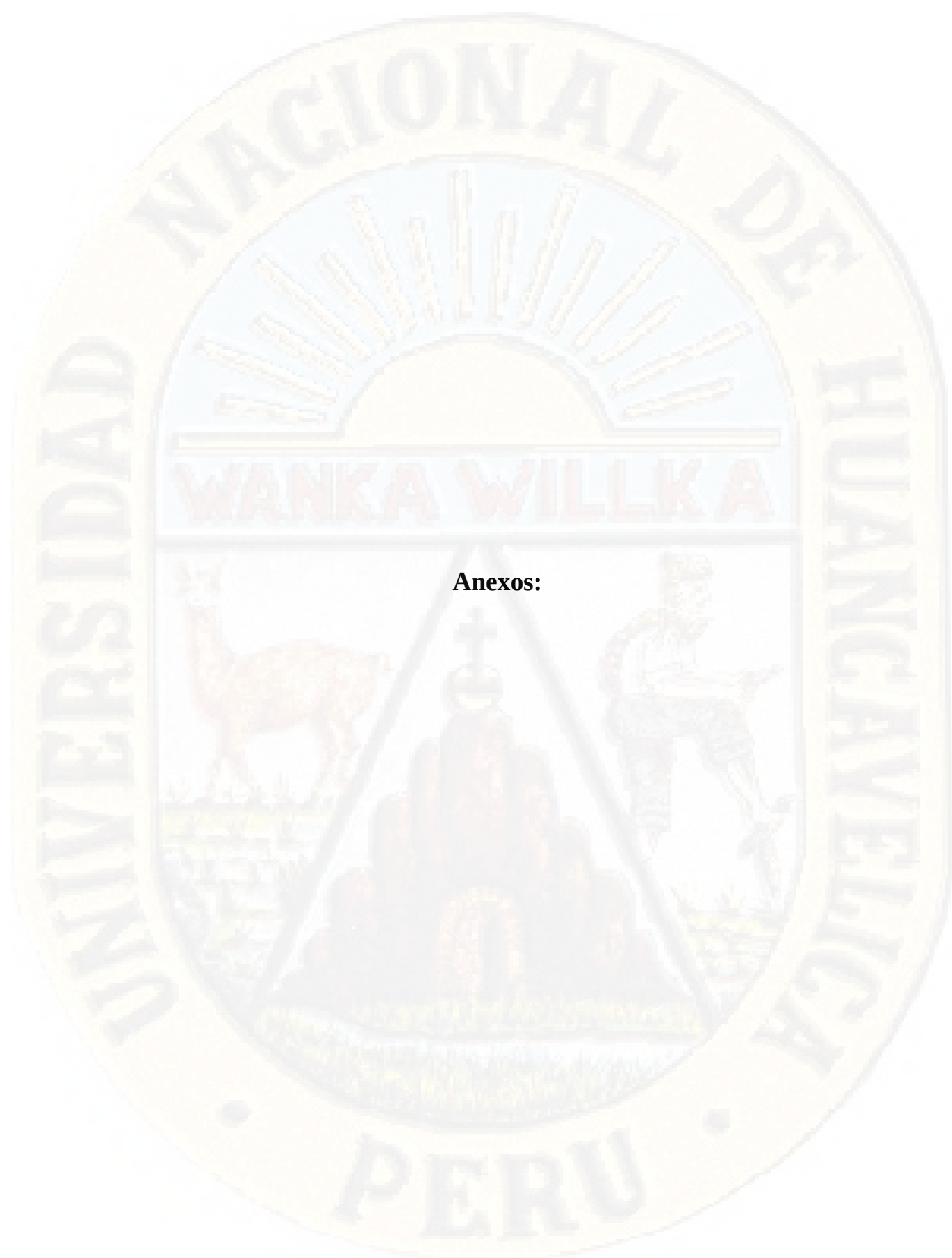
Al profesional Obstetra se recomienda realizar la consejería sobre planificación familiar para proteger con un método anticonceptivo y prevenir otro embarazo inmediato.

Referencias bibliográficas

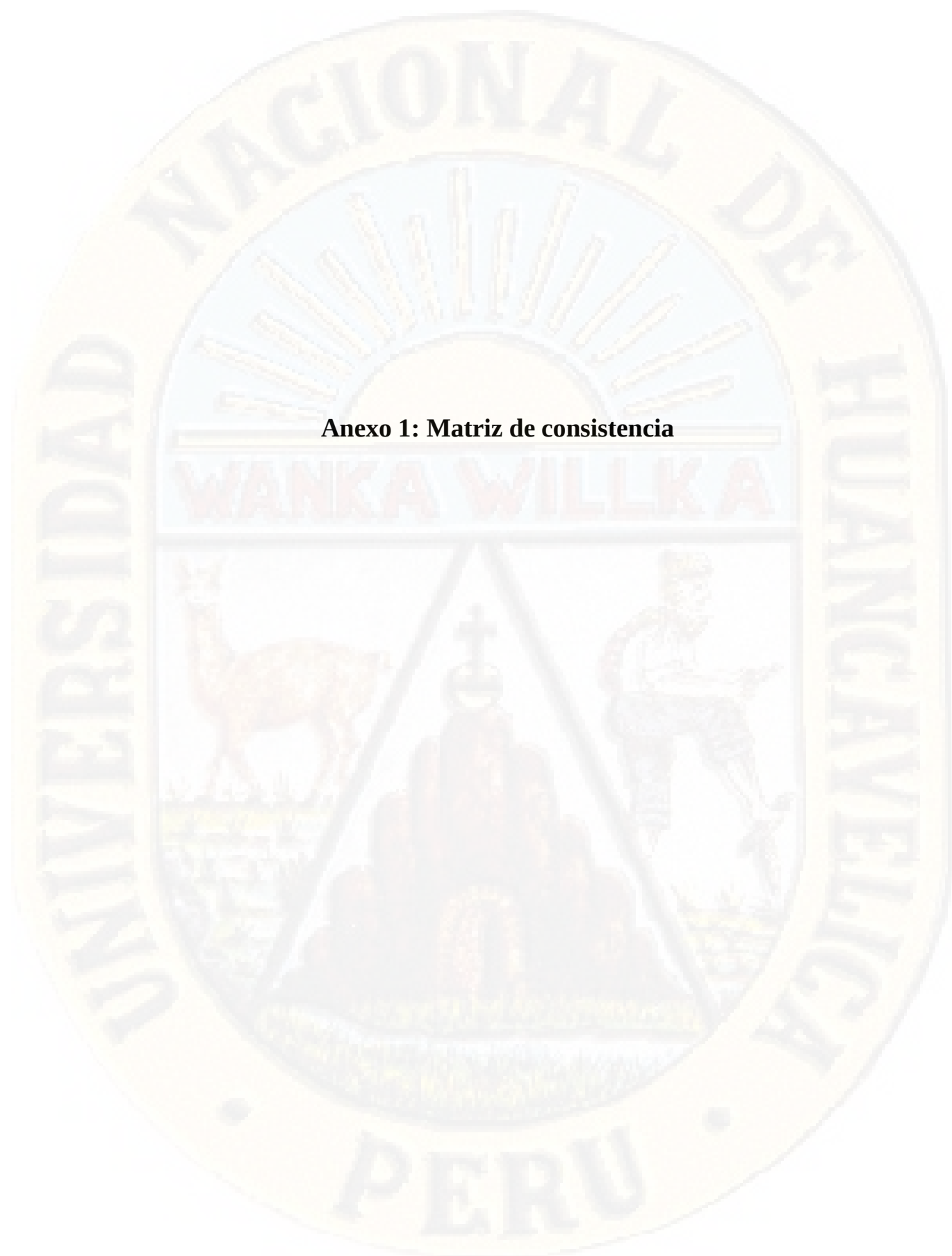
1. Curmingham y col. Doppler y ecografía. En: Williams. Obstetricia. España: Edit. Médica Panamericana. 20ª ed.; 1998: 955-60
2. María Eugenia Lozano Franco. Ultrasonido del primer trimestre. Universidad del Valle de México. Disponible en: <https://es.slideshare.net/osucome/ultrasonido-del-primer-trimestre>
3. OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial: Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto. Guía para obstetrices y médicos. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/es/
4. OMS. Salud Materna https://www.who.int/topics/maternal_health/es/
5. OMS. Aclaración sobre la postura de la OMS respecto del uso del misoprostol en la comunidad para reducir la mortalidad materna. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70433/WHO_RHR_10.11_spa.pdf?sequence=1
6. Maldonado Espinosa Diana Soledad. Características ecográficas del saco vitelino durante el primer trimestre del embarazo como predictor de aborto. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016-2017. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Posgrado de Imagenología. Cuenca – Ecuador; 2018.
7. Peña Mancebo O, Romero Portelles L, Reyes Reyes E, Hernández Almaguer Bd, Henrique Rodríguez K. Ultrasonografía fetal en el diagnóstico prenatal del primer trimestre del embarazo, resultados de seis años. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 May 19];42(2): [aprox. 0 p.]. Cuba. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1057>.
8. Ramón Salazar Rosa Melchorita. Eficacia del Misoprostol en el Aborto Frustrado y Gestación No Evolutiva según vía de administración. Universidad San Martín de Porres. Lima 2012.
9. Silva Gihua Belsi Viviana Espinoza Mitma Gladys. “Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital Essalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. 2017.
10. Bouquet de Duran, Romina Izzedin. Aborto espontáneo. liber. [online]. 2012, vol.18, n.1 [citado 2019-05-24], pp.53-58. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-4827.

11. Manual MSD. Versión para profesionales. Aborto espontaneo. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
12. Silva Gihua Belsi Viviana Espinoza Mitma Gladys. “Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital Essalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. 2017.
13. Unidad de la mujer: Ecografía del primer trimestre: viabilidad del embarazo y alteraciones cromosómicas. Julio 2018, disponible en: <https://www.unidaddelamujer.es/ecografia-del-primer-trimestre-viabilidad-del-embarazo-y-alteraciones-cromosomicas/>
14. Diplomado en ultrasonografía: Ecografía en el primer trimestre del embarazo. Universidad La Salle; junio 2015. disponible en <https://diplomadomedico.com/ecografia-en-el-primer-trimestre-del-embarazo-2/>
15. Zoraida Salvador. Revista médica. Reproducción asistida ORG. 23/03/2017. Disponible. <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-anembrionado/>
16. Eficacia Misoprostol Anembrionario. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9715.pdf
17. Gonzales Castro Abel, Guerra Olivares Tula y Ordoñez Cccora Gabriela. Guía para elaborar proyectos de investigación. Universidad nacional de Huancavelica. 2018.
18. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.

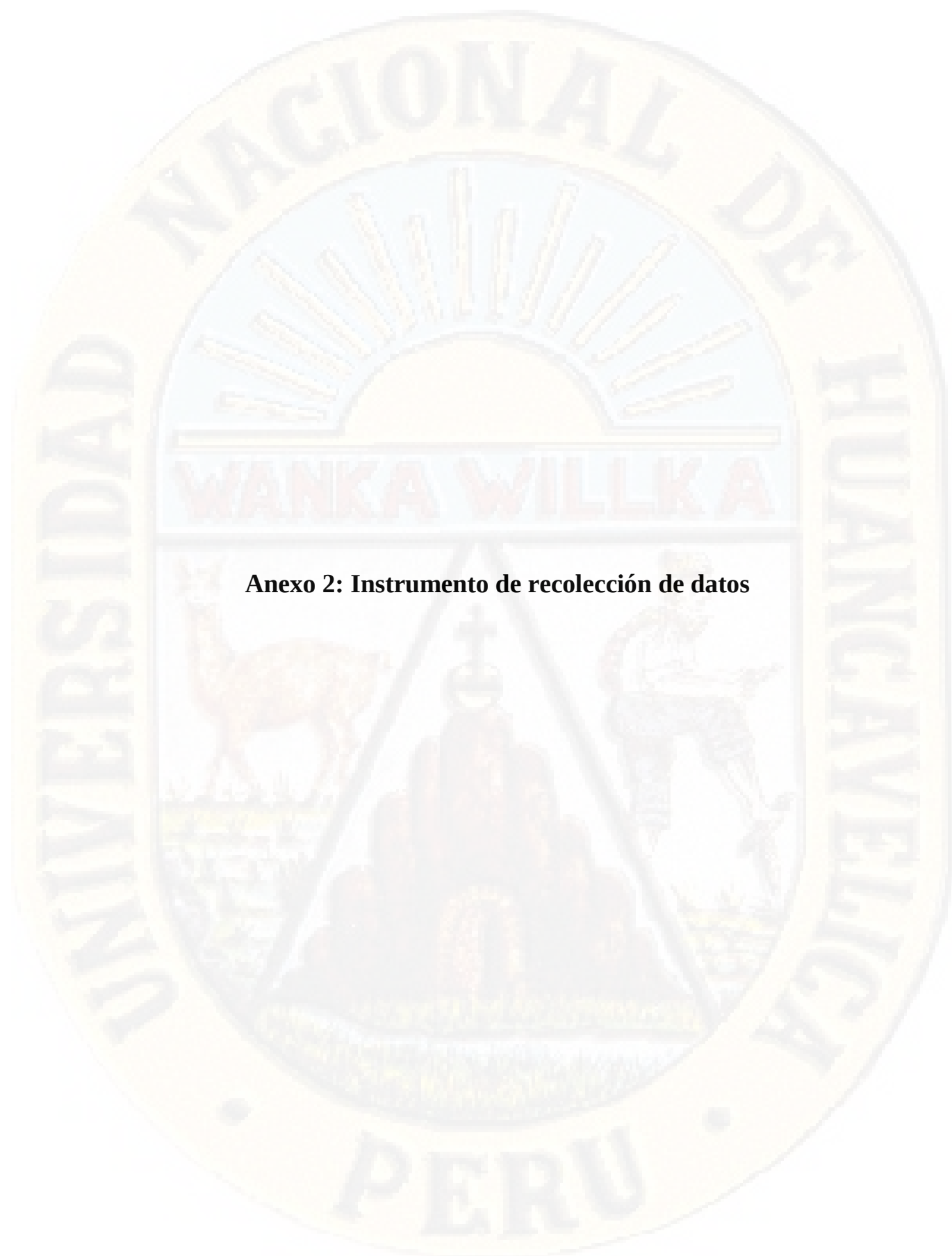


Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son las características de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018?	Objetivo General Determinar las características de las gestantes con diagnóstico embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018. Objetivo específico Caracterizar a las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas en el hospital Zacarías Correa Valdivia, en los años 2017 y 2018. Determinar las características del embarazo anembrionario de gestantes atendidas en el hospital Zacarías Correa Valdivia, en los años 2017 y 2018.	Características de la gestante con diagnóstico de embarazo anembrionario. Características del embarazo Anembrionario	• Edad • Procedencia • Nivel de Instrucción • Estado civil • Número de Hijos • Edad gestacional por ecografía • Paridad • Antecedente de Aborto • HB al ingreso del Hospital • Indicación Misoprostol • Eficacia Misoprostol • Evacuación terina • Control HB post Evacuación	Tipo de Investigación Descriptivo, retrospectivo y transversal Nivel de Investigación Descriptivo Diseño de Investigación Descriptivo simple M — O Donde: M= Gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018. O=Características del embarazo anembrionario. Población. Todas las gestantes diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018, que fueron 65. Muestra: Censal Criterios de Inclusión HC de todas las gestantes con Diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018. Criterios de exclusión HC con enmendaduras HC Judicializadas Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos. Estadística Descriptiva



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO: Características de las gestantes con diagnostico Embarazo Anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 Y 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. No se considerarán las fichas con enmendaduras ni judicializadas.

I. DATOS GENERALES

HC:.....Diagnóstico de ingreso:

II. CARACTERISITCAS DE LA GESTANTE CON DIAGNOSTICO DE EMBARZO ANEMBRIONARIO.

a. Provincia de procedencia de la gestante:

Acobamba (1) Huancavelica (2) Angaraes (3) Huaytará (4) Tayacaja (5)
Castrovirreyna (6) Churcampá (7)

b. Edad: ... Años

c. Nivel de Instrucción:

Primaria (1) Secundaria (2) Superior técnica (3) Superior universitaria (4)

d. Estado Civil:

Soltera (1) Casada (2) Conviviente (3) viuda (4) Divorciada (5)

III. DATOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

e. Edad Gestacional ecográfica abdominal o transvaginal (Transcribir el resultado en semanas de gestación)

f. Paridad:

Nulípara (1) Primípara (2) Multípara (3) Gran Multípara (4)

g. Indicación de Misoprostol para maduración cervical: SI (1) NO (2)

h. Evacuación Uterina: Completa (1) Incompleta (2)

i. Control de Hemoglobina post evacuación.

Hemoglobina: Mayor a 11gr/dl (1)

Hemoglobina: De 9 a 11 gr/dl (2)

Hemoglobina: De 7 a 9 gr/ dl (3)

Hemoglobina: Menor de 7 gr/dl (4)

j. Recibió anticoncepción al alta: Si (1) No (2)