

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

“Prevalencia de embarazo anembrionario y características sociodemográficas en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017”.

PRESENTADO POR:

DE LA CRUZ BONIFACIO, Luzy Gloria.

REYES SALCEDO, Nora Kelly

ASESORA:

Mg. PRADO MARTÍNEZ, Clotilde

AYACUCHO - PERÚ

2 0 1 8

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

R.D. N° 513-2018-FCSA-UNSCH

BACHILLER: Nora Kelly Reyes Salcedo.

BACHILLER: Luzy Gloria De La Cruz Bonifacio.

En la ciudad de Ayacucho, a los catorce días del mes de diciembre del dos mil dieciocho, siendo las ocho horas con treinta minutos se reunieron, en el auditorium de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, los miembros del jurado de sustentación conformado por:

Prof. Noemí Quispe Cadenas - Presidente

Prof. Oriol Chuchón Gómez - Miembro

Prof. Magna Meneses Callirgos - Miembro

Prof. Maritza Rodríguez Lizana - Miembro

Prof. Clotilde Prado Martínez - Asesora y Secretaria Docente.

Contando con el fórum de reglamento se inicia la sustentación de la tesis titulado: “Prevalencia de embarazo anembrionario y características sociodemográficas en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital ESSALUD Huamanga en el año 2016 y 2017”, presentada por las Bachilleres: Nora Kelly Reyes Salcedo y Luzy De La Cruz Bonifacio, con la finalidad de optar el título de Obstetra.

Finalizada la exposición la Presidenta de la Comisión de Sustentación da inicio a la etapa de la defensa de la tesis, para lo cual invita a los miembros a formular las preguntas, observaciones y/o aclaraciones, sediendo la palabra a la Prof. Magna Meneses Callirgos, luego al Prof. Oriol Chuchón Gómez, enseguida a la Prof. Maritza Rodríguez Lizana, finalizando con la Prof. Noemí Quispe Cadenas; y así mismo pidió la participación de la Prof. Clotilde Prado Martínez, en su condición de asesora. Las preguntas planteadas por los miembros del Jurado de Tesis fueron absueltas por las Bachilleres.

La Presidenta del Jurado Calificador invita a las sustentantes y público presente a abandonar el auditorium temporalmente, con la finalidad de deliberar los resultados.

Del proceso de evaluación y calificación las bachilleres obtuvieron los siguientes resultados:

Bachiller: Nora Kelly Reyes Salcedo

Jurados:	Texto	Exposición	Preguntas	Promedio
Prof. Noemí Quispe Cadenas	16	16	16	16
Prof. Oriol Chuchón Gómez	16	17	17	17
Prof. Magna Meneses Callirgos	17	18	18	18
Prof. Maritza Rodríguez Lizana	17	17	17	17
Promedio Final: 17				

Bachiller: Luzy Gloria De La Cruz Bonifacio

Jurados:	Texto	Exposición	Preguntas	Promedio
Prof. Noemí Quispe Cadenas	16	16	16	16
Prof. Oriol Chuchón Gómez	16	17	17	17
Prof. Magna Meneses Callirgos	17	18	18	18
Prof. Maritza Rodríguez Lizana	17	17	17	17
Promedio Final: 17				

De conformidad a los resultados la bachiller Nora Kelly Reyes Salcedo obtuvo un promedio final de diecisiete (17), y la bachiller Luzy Gloria De La Cruz Bonifacio obtuvo un promedio final de diecisiete (17) por lo que firman al pie del presente acta, de sustentación.

.....
Prof. Noemí Quispe Cadenas
Presidente

.....
Prof. Oriol Chuchón Gómez
Miembro - Jurado

.....
Prof. Magna Meneses Callirgos
Miembro – Jurado

.....
Prof. Maritza Rodríguez Lizana
Miembro - Jurado

.....
Prof. Clotilde Prado Martínez
Secretaria - Asesora

DEDICATORIA

A Dios, al Señor de Quinuapata y al Señor de Corazón de Jesús por darme fuerzas y salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi Madre y hermanos por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera Universitaria.

A mis profesores, gracias por el apoyo y por los conocimientos que me transmitieron durante el desarrollo de mi vida profesional.

Luzy Gloria

DEDICATORIA

A Dios y a nuestro patrón Señor de Lurén por cuidarme, darme fuerzas y permitirme lograr una meta más en la vida.

A mis padres y hermano por haberme acompañado y guiado durante todo este largo camino que recorrí, por el apoyo incondicional que me brindaron.

A Sophia, mi hija por ser mi motor y motivo para seguir adelante.

A mis compañeros y amigos por el tiempo compartido en la universidad.

Nora Kelly

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, alma mater autor y testigo de cuanto hemos aprendido en las gloriosas aulas, que nos permitieron alcanzar nuestros anhelos y metas deseadas.

A la Escuela Profesional de Obstetricia, forjadora de profesionales competentes y a su distinguida plana de docentes por permitirnos ser parte de una generación de triunfadores.

Al Hospital ESSALUD de Huamanga, por brindarnos las facilidades para llevar acabo la ejecución del presente trabajo de investigación.

A nuestra asesora Mg. Clotilde Prado Martínez, por guiarnos en la elaboración y desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

A todas las personas que de una u otra manera nos brindaron su apoyo en la ejecución de nuestro presente trabajo.

A ellos, nuestros más sinceros agradecimientos.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	09

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	18
2.2 BASE TEÓRICA CIENTIFICA.....	26
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS.	38
2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	39

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.	41
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:	41
3.4 TIPO DE MUESTREO	41
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN:	41

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
3.7 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	44
3.8 PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	45

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 DESCRIPCION Y DISCUSIÓN.....	47
4.2 CONCLUSIONES.....	70
4.3 RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	78
FOTOS.....	79

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación ha pretendido estudiar el embarazo anembrionario, porque es un problema de salud pública ya que es una de las causas que provoca el aborto espontáneo, razón que expone a las mujeres a situaciones de riesgo que pueden complicarse en hemorragias severas o causar infecciones que conllevan a la morbilidad. Además de provocar daño psico-emocional por la pérdida de un “hijo”.

La prevalencia en la población es difícil de determinar ya que algunas mujeres abortan sin darse cuenta antes de percatarse de que puede existir un retraso menstrual y este hecho impide realizar un diagnóstico concreto¹. Se estima que la pérdida espontánea afecta aproximadamente a un 10-15% de los embarazos detectados clínicamente y una tercera parte de estos casos se debería a huevos anembrionados.⁽¹⁾ Y que el 50% de las pérdidas del embarazo durante el primer trimestre están asociadas a esta causa⁽²⁾

Si bien se conoce los factores de riesgo relacionados al embarazo anembrionario a nivel mundial, aun no se tienen registros actuales sobre la prevalencia de embarazos anembrionarios y sus características sociodemográficas a nivel nacional y regional.

La alteración cromosómica es una variable directa en el riesgo para adquirir embarazo anembrionario, que incluye, entre otros factores: anomalías embrionarias de índole genética, infecciosa o congénita que impiden el adecuado desarrollo embrionario⁷

En el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017”, observamos el registro de varios casos de embarazo anembrionario, siendo cada vez más frecuentes, de los cuales muchos terminan en complicaciones. Por ello se consideró relevante desarrollar este trabajo de investigación cuyo objetivo es conocer la prevalencia de embarazos anembrionarios y las características socio-demográficas de las mujeres con ese diagnóstico. Para tal propósito nos hemos planteado aplicar la siguiente metodología: estudio cuantitativo de corte transversal, descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes atendidas; encontrando los principales resultados: el 4,14% (114) representa la prevalencia de embarazo anembrionario en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017. Cuyas características sociodemográficas, con mayor predominio son la edad adulta, de precedencia urbana y la ocupación sin exposición de agentes tóxicos.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de Salud, el embarazo anembrionario es la ausencia del embrión dentro de un saco gestacional, de 20 - 30 mm de diámetro, cuyas causas más importantes radican en alteraciones cromosómicas ⁽³⁾ y anomalías embrionarias de índole genética, infecciosa o congénita que impiden el adecuado desarrollo embrionario. De existir u ocurrir algún problema embrionario su desarrollo se detiene antes de alcanzar 1mm, por lo que ecográficamente nunca lo vemos y su diagnóstico es siempre ecográfico. ⁽⁴⁾

En la ecografía se observa un saco gestacional vacío sin polo fetal, ⁽⁵⁾ 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 bebé ⁽¹⁾.

Tarde o temprano, 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 la ausencia de embrión/feto. ⁽¹⁾ La presentación clínica es similar a la de un aborto diferido o al de una amenaza de aborto: puede haber dolor o sangrado leves; no obstante, el cuello uterino permanece cerrado y el embarazo inviable se retiene en el útero. ⁽⁶⁾ Por ello su prevalencia en la población es difícil de determinar ya que algunas mujeres abortan sin darse cuenta antes de percatarse de que puede existir un retraso menstrual y este hecho impide realizar un diagnóstico concreto.¹

El embarazo anembrionario es un problema muy frecuente, tiene una prevalencia de alrededor del 5% de todos los embarazos ⁽⁷⁾ y que el 50%

de las pérdidas del embarazo durante el primer trimestre están asociadas a esta causa. ⁽²⁾ Además se estima que 85% de casos de abortos espontáneos ocurren por esta causa (el 15% restante sucede durante las semanas 13 a 20 de embarazo, en su mayoría, debido a problemas en el útero o matriz o alojamiento del embrión). ⁽⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud actualmente no registra la prevalencia de embarazos anembrionarios ni las características sociodemográficas de las mujeres con ese diagnóstico, pero hay diversos estudios a nivel mundial como:

Jude, Dave-King y Calypse (2018) que reportan un caso de embarazo anembrionario de una afroamericana de 31 años con un implante JADELLE® durante 13 meses, de lo cual destaca la posibilidad de que ocurra un embarazo anembriónico en mujeres que usan el implante subdérmico liberador de levonorgestrel. ⁽⁹⁾

En Argentina Calle y Herrera, en un estudio realizado reportan que el factor con mayor frecuencia presente en mujeres con embarazos anembrionarios fue los agentes tóxicos. ⁽¹⁰⁾

En Nicaragua Morice y Zúniga, ⁽³⁾ identificó en su estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque de la Ciudad de Managua se atienden aproximadamente 40 mujeres con embarazo anembrionario y huevo muerto retenido mensual.

En Bolivia la Universidad de Cochabamba, ⁽¹⁾ en un estudio realizado en el Hospital Seguro Social Universitario del Departamento de Cochabamba,

encontró 22 casos que representan una prevalencia del 8% de huevo anembrionado

Ruth B. Lathi, Sara D. y otros (2007) en un estudio realizado encontró que una alta tasa de cariotipos anormales en todos los abortos espontáneos (65%). Las tasas de cariotipos anormales fueron del 58% y 68% en los casos con gestaciones anembrionadas y aquellos con un polo fetal visto, respectivamente ($P > 0.05$).⁽¹¹⁾

En Honduras Díaz, Cruz y Lezama (2000) en un estudio realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), registró 94 pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de embarazo anembrionario.⁽⁴⁾

En el Perú el 2014 estudios realizados por Ramon⁽²⁾ en el Hospital Sergio E. Bernales, encontró 80 casos de embarazo anembrionario. Y Núñez reporta que en el Hospital de Apoyo de Pichanaki – Junín, encontró de la evaluación ecográfica que 12.5%(5) tiene embarazo anembrionario de los cuales 7 son el 71.4% (1) de embarazo anembrionario donde las edades en años de las gestantes son de 16 a 20 años (1), 21 a 25 años (2) y 36 a 40 años(2).⁽¹²⁾

En Ayacucho, en nuestra experiencia clínica en el Hospital II ESSALUD de Huamanga, se observó el incremento de casos de embarazo anembrionario en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia. Este particular incremento de casos nos ha motivado a determinar su prevalencia y a caracterizar dichos eventos de tal forma de contar en nuestra región con un primer registro propio del perfil sociodemográfico de este tipo de pacientes,

pero sobre todo, generar hipótesis que expliquen un probable incremento de casos. Además las causas exactas hasta hoy son inciertas. Aunque se han postulado algunos factores asociados, la causa exacta no está muy bien definida. Pero de lo que sí estamos seguros es que este problema tiene un impacto psicológico muy fuerte en la mujer. Las secuelas psicológicas en la mujer ante un embarazo anembrionario son traumáticas, especialmente cuando se trata del primer embarazo.⁽¹³⁾ Además la expone a situaciones de riesgos como hemorragias severas y sépticas ya que las mujeres no identifican su embarazo a tiempo y no pueden evitar los riesgos. Por estas razones, se consideró conveniente investigar sobre las características sociodemográficas de las mujeres diagnosticadas con embarazo anembrionario que acudieron al Servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital ESSALUD, hospital que alberga la mayor población de mujeres procedentes de zonas altamente vulnerables de la región; por lo que se plantea el presente problema de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de embarazo anembrionario y las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la prevalencia y las características sociodemográficas de embarazo anembrionario de las mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de embarazo anembrionario.
- Determinar las características sociodemográficas como: La edad, la procedencia, la ocupación con exposición a agentes tóxicos en mujeres diagnosticadas con embarazo anembrionario.
- Caracterizar a las pacientes diagnosticadas con embarazo anembrionario según: estado nutricional, tipo de sangre y los antecedentes familiares de malformación congénita.
- Caracterizar a las pacientes diagnosticadas con embarazo anembrionario según los antecedentes gineco-obstetricos como: número de gestaciones, número de partos, número de abortos, número de embarazos anembrionarios, el uso y tipo de métodos anticonceptivos hormonales de mayor predominio y enfermedades previas.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

- **Jude, Dave-King y Calypse** ⁽⁹⁾ (**África, 2018**) en su investigación “Ocurrencia de embarazo anembriónico con el uso de implante subdérmico de levonorgestrel (JADELLE®): reporte de un caso”. **Resultado:** Una ama de casa camerunesa (afroamericana) de 31 años con un implante JADELLE® durante 13 meses, consultó en nuestro hospital por un historial de dolor pélvico, hemorragia menstrual prolongada y manchado. Ella tuvo un último período menstrual normal 8 semanas 1 día antes de la presentación. En el examen, hubo sensibilidad suprapúbica y goteo de sangre desde el cuello uterino. A pesar de una prueba de embarazo de orina cualitativa negativa, se visualizó un saco gestacional intrauterino vacío con un diámetro medio de saco de 28 mm en la ecografía pélvica. Se realizó dilatación y curetaje con succión y ella tuvo un alivio completo de los síntomas. **Conclusión:** Este informe de caso destaca la posibilidad de que ocurra un embarazo anembriónico en mujeres que usan el implante subdérmico liberador de levonorgestrel (JADELLE®).
- **Morice y Zúniga** ⁽³⁾ (**Nicaragua, 2012 - 2013**) en su investigación “Ensayo clínico de eficacia y seguridad del uso del misoprostol versus legrado por aspiración endouterina (LUA) para el manejo del huevo muerto retenido y embarazo anembrionico menor pero igual a 12 semanas de gestión en mujeres que asistieron al servicio de la emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque de la Ciudad de Managua, de Septiembre del 2012 a Enero del año 2013”. **Objetivo:** del presente estudio fue conocer como es la eficacia y seguridad uso de misoprostol en comparación con el legrado

por aspiración endouterina (LUA) para el manejo del huevo muerto retenido y embarazo anembrionico menor o igual a 12 semanas de gestación, en mujeres que asisten al servicio de la emergencia del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque de la Ciudad de Managua, en el periodo comprendido de Septiembre del 2012 a Enero del año 2013. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio controlado tipo ensayo clínico aleatorizado, no ciego, con diseño de no inferioridad o equivalencia. Se formaron dos grupos: Grupo A (n=32), manejados con misoprostol vaginal (4 tabletas de 200 ug o 8 tabletas de 100ug en el fondo de saco posterior vaginal) dosis única en el huevo muerto retenido con una dosis más en caso de no evacuación a las 12h de la última dosis únicamente en embarazo anembrionico; Grupo B (N=30), manejados con aspiración manual endouterina (LUA). El comportamiento hemodinámico, la frecuencia de reacciones adversas y complicaciones, es similar entre el grupo de estudio (en el que se usó misoprostol) y el grupo control (en el que se aplicó LUA). **Resultados:** Entre los resultados más importantes tenemos que la utilidad de la técnica (proporción de casos en los que se completa la evacuación de forma satisfactoria) es similar entre el grupo de estudio (en el que se usó misoprostol) y el grupo control (en el que se aplicó LUA). La intensidad del dolor percibido es menor el grupo de estudio (en el que se usó misoprostol) en comparación con el grupo control (en el que se aplicó LUA). El nivel de satisfacción desde la perspectiva de los pacientes, es mayor en grupo de pacientes que recibió misoprostol (grupo de estudio) en comparación con el grupo en el que se aplicó (LUA) (grupo control). **Conclusiones:** Este

estudio indica que el uso de misoprostol es igual de eficaz y seguro que el LUA, y que presentan características que podrían indicar una mayor aceptabilidad por parte del paciente.

- **Díaz, Cruz y Lezama** ⁽¹⁴⁾ **(Honduras, 2000)** en su investigación “Frecuencia de mola hidatidiforme en pacientes con diagnóstico de huevo anembrionado por ultrasonido atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período del 1ro de junio del 2000 al 15 de septiembre del 2002”. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de anembriónico con características histológicas de mola hidatidiforme.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del IHSS del 1° de Junio del 2000 al 15 de Septiembre del 2002 en 94 pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de embarazo anembrionado con examen histológico de biopsia-legrado. Se analizaron variables ginecoobstétricas, antecedentes, factores de riesgo, examen ginecológico. **Resultados:** La edad promedio en años fue 29.36 (+/-7.149, rango 21-46), el 50% de los casos con edad de 20-29 años, 78% de casos fueron multíparas. El 100% de los casos con diagnóstico de vellosidad hidrópica se realizó en pacientes con edad entre 20-34 años, con 10.7% (10/94) casos, con multiparidad 60%(6/10) casos.

Conclusión: El examen histológico de las pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionado debe ser una norma institucional.

- **Calle y Herrera** ⁽¹⁰⁾ **(Argentina, 2017)** en su investigación. “Prevalencia de embarazos anembrionarios en tres clínicas de la zona

suroccidente de la provincia de Buenos Aires, 2017” **Objetivos:** Determinar la prevalencia del embarazo anembrionario según factor de riesgo en la población de mujeres entre 15 y 44 años de la clínica Materno Infantil de la ciudad de Buenos Aires, 2017. **Metodología:** Descriptiva de Corte Transversal. **Resultado:** El 46% de las encuestadas respondió que a pesar de tener abortos durante su vida fértil tuvieron de 1 a 2 hijos antes o después de una pérdida pero fue simultaneo con diferencia del 1%, el porcentaje de las que no tuvieron hijos después de una o varias pérdidas; el 31% se puede ver como causa de la pérdida gestacional al consumo de cigarrillos que normalmente fuman de 1-10 cigarrillos, puesto que si se combina con el 71% que dijo estar expuestas a agentes tóxicos como: la marihuana, formol, gases anestésicos, queratina, anticonceptivos, gasolina, entre otros. **Conclusiones:** En la investigación se encontró que el factor con mayor frecuencia presente en mujeres con embarazos anembrionarios fue los agentes tóxicos.

- **Universidad de Cochabamba** ⁽¹⁾ **(Bolivia, 2015)** en su publicación de investigación “Incidencia de casos de huevo anembrionado en el que se descarta el diagnóstico con la ecografía de control y BHCG cuantitativa” **Objetivo:** Cuál es la incidencia de huevo anembrionado en el que se descarta el diagnóstico mediante la ecografía de control y BHCG cuantitativa. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal tomando el total de pacientes 259 tomando una muestra de 22 pacientes. Siendo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** Se evidencio que tenemos una incidencia baja del 8% de huevo anembrionado, del que un

36% acude a consulta por sangrado transvaginal, otras con dolor y sangrado 23%, unas cuantas sin ninguna molestia. De este 8% los casos que se descartaron el diagnóstico en un 23%, tomando en cuenta que casi el 50 % de este no continuó con el embarazo produciéndose un aborto retenido a los días del control. El grupo etareo más afectado es el de 16 – 25 años en un 59%. **Conclusiones:** Se demostró que la BHCG cuantitativa es útil ya que disminuye el tiempo de espera de las pacientes para un diagnóstico exacto además que es de mayor confiabilidad la relación que existe con la paridad indica que se presentan segundigestas. Y más aún en aquellas pacientes que tienen abortos previos.

- **Núñez** ⁽¹²⁾ **(Perú, 2014)** en su investigación “Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo. Hospital de Apoyo de Pichanaki - Junín. Junio a diciembre 2014” **Objetivo:** Identificar los resultados de diagnóstico obtenidos del estudio ecográfico para la evaluación fetal en el inicio de embarazo. **Metodología:** Estudio caracterizado por ser de tipo observacional, descriptivo-observacional, de nivel descriptiva, la población estudiada estuvo conformada por las gestantes del I trimestre que recibieron atención en el servicio de ecografía fetal, con una muestra NO probabilístico por conveniencia, bajo la modalidad de selección que lo constituyeron 40 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados por conveniencia. La Técnica empleada fue la observación y se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos validada externamente por juicio de expertos, para ello calificaron tres profesionales en Ciencias de la Salud. **Resultado:** Respecto a la edad el

22.5% (9) y otro similar están en edades de 16 a 20 años y 26 a 30 años. La condición civil es casada en el 50%(20). Con una educación superior del 52.5%(21) y de procedencia urbana en el 70%(28). Sobre el número de gestaciones al momento del estudio el 50%(20) son primigesta. Sobre atención prenatal el 45%(18) presenta 2 atenciones prenatales. La edad gestacional es de 82.5%(33) corresponde de 10 a 13 semanas y el 17.5%(7) a 5 a 9 semanas. De la evaluación ecográfica el 82.5%(33) los resultados ecográficos es sin malformaciones, 12.5%(5) tiene embarazo anembrionario, el 2.5%(1) embarazo gemelar y otra cifra similar embarazo con malformaciones congénitas. Sobre la edad gestacional el 60%(18) están en edades gestacional de 10 a 13 semanas y edad en años de 16 a 30 años. **Conclusiones:** Sobre los resultados ecográficos de los siete encontrados el 71.4% (1) son embarazo anembrionario donde las edades en años de las gestantes son de 16 a 20 años (1), 21 a 25 años (2) y 36 a 40 años(2). Sobre la vitalidad fetal por ecografía respecto a la edad gestacional en semanas de 5 a 9 semanas el 50%(5) presenta actividad cardiaca y el 50%(5) no presenta actividad alguna por tener embarazo anembrionario; el 100% (30) presenta actividad cardiaca y movimientos embrionario y fetales.

- **Ramos** ⁽²⁾ **(Perú, 2014)** en su investigación “Eficacia del misoprostol en aborto frustrado y gestación anembrionada según vía de administración. Hospital Sergio E. Bernales 2014”. **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. **Resultados:** De los 230 casos estudiados 65.2% correspondieron aborto frustrado (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 frustrado, 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 frustrado 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 fondo de saco vaginal más vía oral en dosis de 200 ug + 600 ug, obteniéndose un 60% de eficacia para el aborto frustrado y un 56.25% para gestación anembrionada.

- **Lathi, Mark y otros** ⁽¹¹⁾ (2007) en su investigación “Pruebas citogenéticas de embarazos anembrionarios en comparación con abortos embrionarios perdidos” **Objetivo:** determinar la tasa de anomalías detectadas por las pruebas citogenéticas de los abortos espontáneos en el primer trimestre, en pacientes con y sin un polo embrionario visto en el ultrasonido. **Metodología:** Un estudio retrospectivo de 272 D & C para abortos omitidos en una práctica de infertilidad académica de 1999 a 2006. Los resultados del cariotipo se compararon con los hallazgos de la ecografía transvaginal. Se utilizó el análisis Chi-cuadrado con una $p < 0,05$ para significancia. **Resultados:** Hubo una alta tasa de cariotipos anormales en todos los abortos espontáneos (65%). Las tasas de cariotipos anormales

fueron del 58% y 68% en los casos con gestaciones anembriónicas y aquellos con un polo fetal visto, respectivamente ($P > 0.05$). **Conclusión:** La alta tasa de anomalías detectadas en ambos grupos sugiere que se pueden obtener resultados útiles de las pruebas cromosómicas del POC, independientemente de los hallazgos ecográficos. Se necesitan más estudios sobre el valor pronóstico y la rentabilidad de las pruebas cromosómicas.

2.2 BASE TEÓRICA CIENTIFICA.

2.2.1 Prevalencia

En epidemiología, es la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio. ⁽¹⁵⁾

La prevalencia, es la proporción de una población que, en algún momento de su vida, ha experimentado un evento de salud, un factor de riesgo o una enfermedad concretos. La prevalencia a lo largo de la vida se calcula comparando el número de personas que han experimentado el evento de salud con el número total de personas estudiadas. ⁽¹⁶⁾

2.2.2 Embarazo anembrionario

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) se define como embarazo anembrionario a la ausencia del embrión dentro de un saco gestacional, de 20/30 mm de diámetro, cuyas causas más importantes radican en alteraciones cromosómicas. ⁽³⁾

Presencia de saco gestacional mayor o igual a 16 mm sin embrión en su interior. ⁽¹⁷⁾ Gestación anembrionada cuyo diagnóstico es siempre ecográfico. ⁽⁴⁾

Es la presencia de un saco gestacional mayor de 18 mm sin evidencia de vesícula vitelina o embrión ⁽¹⁸⁾

Es un embarazo en el que el embrión no llega a desarrollarse o se reabsorbe después de perder su viabilidad ⁽⁵⁾.

Fisiopatología:

El embrión comienza a desarrollarse pero se detiene debido a sus alteraciones antes de que se pueda ver por ecografía; el embrión detiene su desarrollo antes de alcanzar 1mm y por lo tanto nunca lo vemos y asignamos el nombre de anembrionado. ⁽¹⁾

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 extrafetales 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 bebé. Tarde o temprano, 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/feto impide que el tejido placentario siga desarrollándose. ⁽¹⁾

Causas:

Por lo general, es secundario a anomalías cromosómicas o genéticas. Esta causa se estima que representa el 80%.⁽¹⁸⁾

Las causas del embarazo anembrionado son generalmente las mismas que ocasionan un aborto espontáneo o el fracaso temprano del embarazo. Las causas incluyen fundamentalmente anomalías cromosómicas y anomalías embrionarias de índole genética, infecciosa o congénita que impiden el adecuado desarrollo embrionario⁽¹⁾.

El embarazo anembrionario, se produce por alteraciones en la meiosis de los gametos maternos o paternos, por superfecundación, por más de un espermio o por división cromosómica sin división del citoplasma. También puede producirse por aumento de la consistencia de la zona pelúcida, blastulación anormal o disminución del número de células en el disco embrionario. Se expresa en forma de un embarazo bioquímico, es decir, sin embrión, pero con concentraciones elevadas de gonadotropina coriónica. El saco anembrionario retenido puede permanecer por bastante tiempo en el útero, en ocasiones 30 días post negativización de la gonadotropina coriónica o incluso durante todo el primer trimestre.⁽¹⁴⁾

Existen otros factores, como los maternos o paternos, donde en la mayoría de los casos la pareja tiene cromosomas normales y el producto es anormal; esto ocurre de forma aleatoria y esporádica. En un pequeño porcentaje de los casos, un miembro de la pareja es portador de una

translocación balanceada y los embarazos terminan en bolsas vacías. Algunos agentes, como las infecciones, consumo de cigarrillos, café, alcohol, sustancias químicas y fármacos, incrementan notablemente la aparición de estos cuadros, aunque se resalta que esos factores provocan en muy pocos casos la pérdida temprana del embarazo. ⁽¹⁹⁾

Sobre la génesis de este tipo de entidad, algunos autores plantean que se deben a defectos estructurales del útero, trastornos endocrinos, donde se hace alusión a la deficiencia de la fase lútea, que ocasiona una función ovárica anormal, con síntesis insuficiente de progesterona y su acción pobre sobre el endometrio, autoinmunidad (se refieren al síndrome antifosfolípido, el cual está considerado como causa comprobada de pérdida del embarazo, ya que está presente el anticoagulante lúpico en niveles medios o altos de anticardiolipinas o ambos) y causas idiopáticas, donde se refiere o se sospecha la participación de factores autoinmunitarios relacionados con factores inmunosupresores del trofoblasto, como la citosina, factores determinantes del crecimiento, hormonas, enzimas y proteínas endometriales. ⁽¹⁹⁾

Los factores asociados al diagnóstico de huevo anembrionario,

Los factores asociados al diagnóstico de huevo anembrionario, pueden ser la edad mayor de 30 años, tabaquismo, tipo de sangre A positivo, aunque aún no se comprende muy bien su epidemiología. Por lo que en cada población o sociedad se reportan incidencias con amplia variabilidad, surgiendo como población de riesgo en la última parte del siglo pasado los

embarazos por fertilización in vitro que alcanzan tasas que oscilan en la literatura de 19 - 35%.⁽¹⁴⁾

Cuadro Clínico

La presentación clínica es similar a la de un aborto diferido o de una amenaza de aborto: puede haber dolor o sangrado leves; no obstante, el cuello uterino permanece cerrado y el embarazo inviable se retiene en el útero.⁽⁵⁾

Diagnóstico

El diagnóstico del embarazo anembrionario se basa en la ausencia de ecos embrionarios dentro del saco gestacional lo bastante grandes para que estas estructuras se visualicen, e independientes de la información clínica o el ciclo menstrual.⁽⁶⁾

Características ecográficas del embarazo anembrionario

Los avances en la ecografía transvaginal permiten detectar esta clase de anomalías, con un diámetro medio del saco de 1,5 cm. Si el volumen del saco es menor de 2,5 mL y no aumenta de tamaño por lo menos 75% durante un período de una semana, la definición de esta entidad durante el primer período del embarazo es de huevo vacío. Un saco grande vacío suele medir entre 12 y 18 mm de diámetro medio. Para confirmar el diagnóstico, los hallazgos se deben asociar con otros datos clínicos y ecográficos como la presencia de un saco vitelino. La ecografía

transvaginal puede detectar con claridad un embrión muerto (muerte embrionaria) en algunos casos que sin lugar a dudas se diagnosticarían como huevos vacíos si la ecografía transabdominal fuera el único examen realizado. Los elementos detectados por el ecografista dependen de la edad gestacional y del momento en que se inició el proceso de resorción. En un embarazo anembrionario, un huevo fertilizado se transforma en blastocisto pero nunca se desarrolla la masa celular interna y el polo embrionario resultante. El saco gestacional invade el endometrio y actúa en parte como un embarazo que se desarrolla en forma normal. El sinciotrofoblasto invade el endometrio y produce gonadotropina coriónica humana. En consecuencia, las pruebas de embarazo son positivas y se desarrollan signos clínicos asociados con el embarazo. Sin embargo, el saco gestacional deja de crecer y desarrollarse normalmente y el útero tampoco crece como es de esperar. En esta situación, la incidencia de anomalías cromosómicas es alta. En general, se puede calcular que alrededor del 15% al 20% de todos los embarazos diagnosticados en seres humanos antes del final del primer trimestre terminan en abortos espontáneos. Debido a que las concentraciones de gonadotropina coriónica humana, progesterona y estrógeno disminuyen, se pierde la sensación del embarazo y los signos clínicos asociados con él. El diagnóstico de huevo vacío, se realiza en el 100% de los casos con ecografía bidimensional en tiempo real una semana después de confirmar el cese del desarrollo del embrión. Con ecografía Doppler color para la evaluación de los embarazos normales y anormales, Kurjak y Kupesic

establecieron la hipótesis de que el menor IP del espacio intervelloso del embarazo anembrionario podría reflejar cambios en la estroma placentaria, donde las vellosidades individuales son susceptibles a desarrollar edema. A veces, incluso los embriones que miden 1cm en la ecografía transvaginal se podrían reabsorber completamente después de una retención prolongada. En consecuencia, el trofoblasto que transportaba la circulación embrionaria ya no drena el líquido en la estroma vellosa. Estos procesos conducen a una lesión de la interfase materno-embrionaria y, por último, al aborto. El análisis de la circulación intervellositaria como uno de los primeros signos ecográficos del embarazo demostró una resistencia vascular más baja en las señales del tipo arterial en las pacientes con huevos vacíos cuando se comparan con embarazos normales. ⁽⁶⁾

Tratamiento

La expulsión espontánea es el destino esperado ⁽²⁰⁾; sin embargo, los casos a menudo se someten a evacuación médica o quirúrgica, lo que ha sido el tratamiento estándar para los embarazos que fueron declarados no viables (tanto anembrionario como sin actividad cardíaca) mediante ecografía durante los primeros meses del embarazo. El uso del misoprostol es un método seguro, efectivo y relativamente aceptable, para inducir evacuación en el embarazo anembrionario o producir modificaciones cervicales adecuadas para un legrado uterino facilitado, en los casos de no expulsión del saco gestacional anembrionario. El uso de misoprostol en el tratamiento de huevo anembrionario y huevo muerto retenido está siendo utilizado cada

vez más ampliamente por su facilidad de uso, bajo costo y conveniencia, menores riesgos, mayor confort para la mujer y por otro lado el total de complicaciones parece ser menor o igual con el tratamiento del misoprostol que con el tratamiento quirúrgico. La amplia disponibilidad actual del misoprostol ofrece la posibilidad de conseguir la evacuación, mediante un tratamiento exclusivamente farmacológico. ⁽³⁾

2.2.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad materna:

La organización mundial de la salud clasifica las edades en grupos ⁽²²⁾

- Recién nacido : 0 – 1 mes
- Lactante menor: 1- 11 meses
- Lactante mayor: 1año – 1 año 11 meses
- Preescolar: 2- 4 años
- Escolar: 5 años – 11 años
- Adolescente: De los 12 a 17 años.
- Joven: De los 18 a 29 años.
- Adulto: De los 30 a 59 años.
- Adulto mayor: mayor de 60 años

Lo cual permitió categorizar la edad en tres etapas: Adolescente, Joven, Adulto, quedando de la siguiente manera:

- **Adolescentes:** Etapa que transcurre desde los 12 hasta los 17 años.

- **Jóvenes:** Etapa que transcurre desde los 18 hasta los 29 años.
- **Adultos:** De los 30 a 59 años.

La edad materna es un factor influyente en lo que respecta a las anomalías genéticas, a partir de los 35 años se considera edad materna de riesgo debido a que la edad avanzada conlleva a mayor vulnerabilidad a ciertas patologías, en mujeres mayores de 40 años la tasa de aborto duplica a las más jóvenes (después de un primer aborto la probabilidad de un segundo es del 19%, después de un segundo la probabilidad es del 35% y después del tercero asciende a un 47%).⁽²¹⁾

- **Ocupación con exposición a agentes tóxicos:** Dependiendo del puesto de trabajo que tenga la mujer embarazada, ella puede sufrir más o menos riesgos. Los riesgos pueden ser físicos, biológicos, químicos, ambientales, etc.⁽²³⁾

Los riesgos químicos, afectan a las embarazadas que tengan ocupaciones agrícolas, que sean profesionales sanitarias y artesanales, que estén en contacto con sustancias como ácidos, gases, plaguicidas, disolventes, barnices y pinturas, metales y otros elementos tóxicos, sufren un alto riesgo para su salud.⁽²³⁾

- **Procedencia:** Es el lugar de residencia, en especial para las patologías endémicas⁽²⁴⁾

El espacio geográfico puede desarrollarse desde distintas perspectivas como la dualidad entre espacios urbanos y espacios rurales.⁽²⁵⁾

Lo cual permitió categorizar la procedencia en tres etapas, quedando de la siguiente manera:

- Rural, urbano y marginal

- **Tipo de sangre:** Un grupo sanguíneo es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. Las dos clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son los antígenos (el sistema AB0) y el factor Rh. ⁽²⁶⁾

- **Antecedentes gineco-obstetricos**

- **Número de gestaciones:** Es importante determinar las veces que una mujer quedo en estado de gravidez debido a que una multigesta no tiene las mismas posibilidades que una primigesta con respecto a ciertas patologías.

- **Abortos:** La mayoría de los abortos espontáneos ocurren porque el feto no se está desarrollando normalmente. Alrededor del 50 % de los abortos espontáneos están asociados con cromosomas de más o de menos. Con mayor frecuencia, los problemas en los cromosomas son consecuencia de errores que ocurren por casualidad cuando el embrión se divide y crece, no son problemas que se heredan de los padres. ⁽²⁷⁾

- **Embarazos anembrionarios:** Las anomalías cromosómicas podrían dar lugar a un embarazo anembrionado. ⁽²⁸⁾

- **Uso de anticonceptivos hormonales:** Los anticonceptivos hormonales liberan hormonas habitualmente estrógeno y progestina impidiendo que se produzca el embarazo ya sea deteniendo la ovulación (liberación de un óvulo de uno de los ovarios) o aumentando el grosor de la mucosidad en el cuello uterino lo que impide el paso de los espermatozoides. ⁽²⁹⁾

- **Enfermedades Previas:** Ciertas condiciones médicas en una mujer gestante pueden ponerla en peligro a ella y al feto. ⁽²⁸⁾

- **Malformaciones congénitas:** Si una mujer ha tenido un bebé con trastornos genéticos o malformaciones, habitualmente se realizan análisis genéticos de éste (aunque haya nacido muerto) y de ambos padres antes de otro embarazo. En caso de que la mujer quede de nuevo embarazada, se realizan pruebas como ecografías, toma de muestras de vellosidades coriónicas y amniocentesis para ayudar a determinar las probabilidades de que las anomalías se repitan. ⁽²⁸⁾

- **Infecciones previas o durante el embarazo:** Las infecciones pueden provocar defectos congénitos durante el embarazo además de afectar la salud y el desarrollo del feto. ⁽²⁸⁾

- **Estado nutricional:** El estado nutricional es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona o colectivo. Asumiendo que las personas tenemos necesidades nutricionales concretas y que estas deben ser satisfechas, un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos están

adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos.

Tanto si se producen ingestas por debajo como por encima de las demandas el estado nutricional indicará una malnutrición a medio-largo plazo.³²

El estado nutricional se evalúa a través de indicadores antropométricos, bioquímicos, inmunológicos o clínicos.

Mediante la evaluación del estado nutricional a través de indicadores antropométricos (peso, talla, IMC, composición corporal, etc.) es posible diagnosticar que una persona se encuentra en un peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad.⁽³⁰⁾

Para el presente trabajo usaremos el índice de masa corporal (IMC) como medida de evaluación nutricional, para determinar el estado nutricional.

- **Si su IMC es inferior a 18.5**, está dentro de los valores correspondientes a "bajo peso".
- **Si su IMC es entre 18.5 y 24.9**, está dentro de los valores "normales" o de peso saludable.
- **Si su IMC es entre 25.0 y 29.9**, está dentro de los valores correspondientes a "sobrepeso".
- **Si su IMC es 30.0 o superior**, está dentro de los valores de "obesidad".⁽³¹⁾

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS.

- a. **Prevalencia**, En epidemiología es la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.
- b. **Embarazo anembrionario**, situación clínica en la que hay un embarazo intrauterino pero no se desarrolla normalmente; solo se observa un saco gestacional vacío sin señales de un embrión en su interior.
- c. **Edad**, es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente.
- d. **Ocupación**, es la actividad temporal o permanente que se desempeña dentro de la actividad económica y pedagógica.
- e. **Procedencia**, es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.
- f. **Antecedentes gineco-obstétricos**, circunstancia o acción que sirve como referencia para comprender con mayor exactitud un hecho posterior. información registrada en la historia clínica de pacientes mujeres, ya que aquí es donde se almacenarán los datos gineco-obstétricos.
- g. **Estado nutricional**, es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

2.4 IDENTIFICACION DE VARIABLES.

VARIABLE 1

Prevalencia de embarazo anembrionario.

VARIABLE 2

Características sociodemográficas:

- Edad.
- Ocupación con exposición a agentes tóxicos.
- Procedencia.

Otras características

Antecedentes gineco-obstetricos:

- Número de gestaciones.
- Número de partos.
- Número de abortos.
- número de embarazos anembrionarios.
- El uso y tipo de métodos anticonceptivos hormonales.
- Enfermedades previas.

Estado nutricional.

Tipo de sangre.

Antecedentes familiares de malformación congénita.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Aplicada y cuantitativa.

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Corte transversal, descriptivo y retrospectivo.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1 POBLACIÓN:

- Todas las historias clínicas de mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017”.

3.3.2 MUESTRA:

- 114 historias clínicas de pacientes con diagnóstico ecográfico de embarazo anembrionario en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017”.

3.4 TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN:

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Historias clínicas completas de pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017”.

- Historias clínicas de pacientes atendidas durante el año 2016 y 2017 con resultado de ecografía del embarazo anembrionario.
- Se incluirá todas las historias clínicas de las pacientes que se realizaron ecografía de control aun sea este con reporte de aborto incompleto.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Historias clínicas incompletas de mujeres con diagnóstico de embarazo anembrionario atendidas del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017”.
- Historias clínicas de mujeres atendidas durante el año 2016 y 2017 con resultado ecográfico de aborto, óbito, embarazo ectópico y problemas médico legales y sin diagnóstico de embarazo anembrionario.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
Embarazo anembrionario	Embarazo con ausencia de embrión.	Ausencia de embrionario por ecografía.	Embarazo anembrionario	Diagnostico - ecografía.	Si No	Nominal
Características sociodemográficas	Propiedad que diferencia una cosa de otra.	Característica detectable de una persona o grupo de personas expuestas a eventos de salud adverso	Edad.	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes de 12 a 17 años. • Jóvenes de 18 a 29 años. • Adultos de los 30 a 50 años 	Intervalo
			Ocupación	Exposición a agentes tóxicos	- Si - No	Nominal
			Procedencia	Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Urbano marginal • Rural 	
Antecedentes gineco-obstétricos	Datos gineco.-obstétricos del historial de la mujer registrados en la historia clínica	Sirve como referencia para comprender con mayor exactitud un hecho posterior	Anticonceptivo	Uso	- Si usa - No usa	
				Tipo hormonal	combinado o de sólo progesterona	
			gestaciones	N° de gestaciones	- 0 - 1 - 2 - 3 a más	
			Partos	N° de partos	- 0 - 1 - 2 - 3 a más	
			Abortos	N° de abortos	- 0 - 1 - 2 - 3 a más	
			Embarazo anembrionario	N° de embarazo anembrionario	- 0 - 1 - 2 o más	
Enfermedad	Antecedentes de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Infección de Transmisión Sexual • Infección tracto urinaria • Otras patologías • Ninguno 				
Tipo de Sangre	Se determina el tipo de sangre por el sistema AOB y factor Rh	Característica de la sangre	Tipo de Sangre	Grupo sanguíneo y Factor Rh	- A - B - AB - O	
					- Positivo -Negativo	
Malformación congénita	Problemas durante el desarrollo del feto antes del nacimiento.	hereditarias	Antecedente	Antecedentes familiares	-si -No	
Estado nutricional	situación de salud y bienestar	evaluación del estado nutricional	Índice de Masa Corporal	Peso / Talla ²	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso es inferior a 18.5 • Normo peso es entre 18.5- 24.9 • Sobre peso es entre 25- 29.9 • Obesidad es 30.0 o superior 	Intervalo

3.7 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.7.1 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

- Revisión documental de Historias Clínicas.
- Informe ecográfico con diagnóstico de embarazo anembrionario

3.7.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Fichas de recolección de datos auto elaborado y validado por juicio de expertos.

3.7.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Aprobado el proyecto de investigación por el Jurado de tesis, se procedió a solicitar al Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, la carta de presentación respectiva para la ejecución del presente proyecto en el Hospital ESSALUD Huamanga.
- La carta de presentación fue tramitada en el Hospital ESSALUD Huamanga, la cual pasó al servicio de Docencia para ser revisado y aprobado, una vez aprobado se nos dio la autorización para la ejecución respectiva.
- En el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, se solicitó el libro de registros de ingresos de las pacientes para poder obtener el número de historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con embarazo anembrionario y con aborto incompleto, para realizar el descarte de inclusión según el diagnóstico ecográfico de embarazo anembrionario.
- Ya en la Oficina de Archivos se nos proporcionó las historias clínicas solicitadas y se aplicó el instrumento de investigación validado.

- Concluido con el recojo de información de cada instrumento se codificado para su posterior procesamiento.
- Con los instrumentos codificados se crea una base de datos en el paquete estadístico de SSPS 25.0 para su posterior procesamiento.

3.8 PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis y procesamiento de los datos fue realizado en el programa Microsoft Excel y en el paquete estadístico SPSS versión 25.0, en donde se realizó la tabulación respectiva de todos los datos obtenidos y posteriormente el paso de los datos a su representación gráfica en tablas de frecuencia para su mejor comprensión.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 DESCRIPCION Y DISCUSIÓN

Tabla N° 01.

**PREVALENCIA DE EMBARAZO ANEMBRIONARIO
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD
HUAMANGA 2016 - 2017.**

Embarazo anembrionario	Prevalencia	
	2016 - 2017	
	N	%
Si	114	4,14
No	2633	95.86
TOTAL	2747	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En el tabla n° 01 se observa que la prevalencia de embarazo anembrionario en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017 es 4,14 % (114) del total de pacientes atendidas.

No se encuentran registros ni antecedentes sobre prevalencia de embarazo anembrionario, A pesar de esto nuestros resultados se asemeja al reporte de: Hofer M.⁷ donde refiere que el embarazo anembrionario, es un problema muy frecuente que tiene una incidencia de alrededor de 5 % de todos los embarazos.

La Universidad de Cochabamba - Bolivia, 2015 ¹ "Incidencia de casos de huevo anembrionado en el que se descarta el diagnostico con la ecografía de control y

BHCG cuantitativa” concluye que el 8% (22) representa la incidencia de embarazo anembrionario.

Ruiz ⁽³²⁾ manifestó que el embarazo anembrionario es relativamente frecuente en el servicio de Gineco Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco (2014), además refiere en el cual se atienden hasta ocho casos al mes.

Ramón ⁽²⁾ en su investigación “Eficacia del misoprostol en aborto frustrado y gestación anembrionada según vía de administración. Hospital Sergio E. Bernales 2014”. Reporta 80 casos de embarazo anembrionario.

Díaz, Cruz y Lezama ⁽¹⁴⁾ en la investigación “Frecuencia de mola hidatidiforme en pacientes con diagnóstico de huevo anembrionado por ultrasonido atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período del 1ro de junio del 2000 al 15 de septiembre del 2002” reporta 94 pacientes con embarazo anembrionario.

Por lo tanto, nuestra investigación nos permite señalar que la prevalencia de embarazo anembrionario en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga es de 4,14%. Nuestros resultados se asemejan con las investigaciones mencionadas a pesar que solo muestran la frecuencia e incidencias de embarazo anembrionario. Es importante mencionar que la prevalencia de embarazo anembrionario en la población es difícil de determinar ya que algunas mujeres abortan sin darse cuenta antes de percatarse de que puede existir un retraso menstrual y este hecho impide realizar un diagnóstico concreto de embarazo anembrionario. ⁽¹⁾ Esto se debe a que las mujeres no

ponen interés a la preconcepción; e incluso algunas desconocen la existencia de los embarazos anembrionarios; un embarazo expone a las mujeres a situaciones de riesgo que pueden complicarse, pero también pueden ser prevenidas o se puede evitar que se compliquen, como tener un embarazo anembrionario. En la actualidad determinar un embarazo es sencillo hay mayores facilidades de información, educación y acceso a centros de salud. A pesar de esto muchas mujeres acuden a los establecimientos de salud cuando presentan ya complicaciones, sin darse cuenta de estar embarazada lo que pone en riesgo su salud.

TABLA N° 02.
EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ANEMBRIONARIO
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD
HUAMANGA 2016 - 2017.

EDAD	N	%
Adolescente (12 a 17 años)	1	0,9
Joven (18 a 29 años)	20	17,5
Adultas (30 a 59 años)	93	81,6
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 02 nos muestra la edad de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que del 100%(114) de pacientes en estudio, 81,6 % (93) son adultas (30 a 59 años de edad), el 17,5% (20) son jóvenes (18 a 29 años de edad) y el 0,9% (1) es adolescente (12-17).

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje 81,6% (93) corresponde a las pacientes con diagnóstico de embarazo anembrionario en edad adulta. A diferencia del 0,9% (1) que corresponde a pacientes en edad de adolescente.

Nuestros resultados de investigación no coincide con el reportado por Díaz, Cruz y Lezama ⁽¹⁴⁾ en la investigación "Frecuencia de mola hidatidiforme en pacientes con diagnóstico de huevo anembrionado por ultrasonido atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período del 1ro

de junio del 2000 al 15 de septiembre del 2002” concluyen que el 50% de las pacientes con embarazo anembrionario tienen la edad de 20-29 años. Aunque mencionan que los factores asociados al diagnóstico de huevo anembrionario, pueden ser la edad mayor de 30 años,

Estudios realizados por la Universidad de Cochabamba - Bolivia, 2015 en “Incidencia de casos de huevo anembrionado en el que se descarta el diagnóstico con la ecografía de control y BHCG cuantitativa” concluye que el 59% la pacientes con embarazo anembrionario tienen la edad entre 16 – 25 años.

Por lo tanto, nuestra investigación nos permite señalar que la edad adulta (30 a 59 años de edad) es más frecuente en pacientes de embarazo anembrionario. A pesar que nuestros resultados no coinciden con las investigaciones mencionadas; se deduce que el embarazo anembrionario generalmente sucede en mujeres que se encuentran en extremos reproductivos de la vida ya sea que son adolescentes o mujeres por encima de los 35 años³², la edad conlleva a mayor vulnerabilidad de ciertas patologías y riesgo de mayor frecuencia de abortos y los 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 años¹.

TABLA N° 03.

**PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ANEMBRIONARIO.
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD
HUAMANGA 2016 - 2017.**

PROCEDENCIA	N	%
Urbano	66	57,9
Urbano Marginal	42	36,8
Rural	6	5,3
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 03 nos muestra la procedencia de las pacientes con embarazo anembrionario del servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que del 100%(114) de pacientes en estudio, 57,9 % (66) son de procedencia urbana, el 36,8% (42) son de procedencia urbano marginal y el 5,3% (6) son de procedencia rural.

Del análisis del tabla se concluye que el mayor porcentaje 57,9% (66) corresponde a las pacientes con embarazo anembrionario de procedencia urbana, a diferencia del 5,3% (6) de pacientes que son de procedencia rural.

Nuestros resultados de investigación coinciden con el reporte de Nuñez en la investigación "Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo. Hospital de Apoyo de Pichanaki - Junín. Junio a diciembre 2014" en la que concluye con el 70% (28) de mujeres con embarazo anembrionario son de procedencia urbana.

Por lo tanto, nuestra investigación nos permite señalar que la procedencia más frecuente de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga es urbano. Es importante mencionar que en los espacios urbanos se tiene mayor población, es accesible acudir al hospital del seguro social y se tiene acceso directo e indirecto a contacto con agentes tóxicos ya sea como los hábitos nocivos.

TABLA N° 04.

**OCUPACIÓN CON EXPOSICIÓN DE AGENTES TÓXICOS DE PACIENTES
CON EMBARAZO ANEMBRIONARIO EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 2016 - 2017.**

OCUPACIÓN CON EXPOSICIÓN DE AGENTES TOXICOS	N	%
Si	13	11,4
No	101	88,6
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 04 nos muestra la ocupación con exposición de agentes tóxicos de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que del 100% (114) de pacientes en estudio 88,6 % (101) no están expuestas a agentes tóxicos y el 11,4% (13) si están expuestas a agentes tóxicos.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje 88,6% (101) corresponde a las pacientes con embarazo anembrionario que tienen una ocupación sin exposición a agentes tóxicos, a diferencia del 11,4% (13) de pacientes que tienen ocupación con exposición a agentes tóxicos.

Nuestros resultados de investigación no coincide con el reportado por Calle y Herrera ⁽¹⁰⁾ en la investigación. “Prevalencia de embarazos anembrionarios en tres clínicas de la zona suroccidente de la provincia de Buenos Aires, 2017“, en sus resultados mencionan que las mujeres con embarazo anembrionario están expuestas a los agentes tóxicos reporta el 31% se puede ver como causa

de la pérdida gestacional al consumo de cigarrillos que normalmente fuman de 1-10 cigarrillos, puesto que si se combina con el 71% que dijo estar expuestas a agentes tóxicos como: la marihuana, formol, gases anestésicos, queratina, anticonceptivos, gasolina, entre otros.

Por lo tanto, nuestros resultados de investigación nos permite señalar que la ocupación con exposición a agentes tóxicos no es frecuente en pacientes con embarazo anembrionario. A pesar que nuestros resultados no coinciden con la investigación mencionada; se concluye que la mayoría de pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga son mujeres que tienen trabajo en condiciones favorables que no afectan su salud. Es importante señalar existe diversas ocupación que expone a riesgos químicos, que afectan a las embarazadas ya sea como: la ocupación de agrícolas, que sean profesionales sanitarias y artesanales, que estén en contacto con sustancias como ácidos, gases, plaguicidas, disolventes, barnices y pinturas, metales y otros elementos tóxicos, provoca un alto riesgo para su salud.

TABLA N° 05.

**ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON EMBARAZO
ANEMBRIONARIO EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 2016 - 2017.**

ESTADO NUTRICIONAL INDICE DE MASA CORPORAL	N	%
Normo peso (18.5 - 24.9)	44	38,6
Sobre peso (25.0 - 29.9)	59	51,8
Obesidad (> 29.9)	11	9,6
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 05 nos muestra el estado nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC) de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que del 100%(114) de pacientes en estudio 51,8 % (59) son de estado nutricional de sobre peso (IMC = 25.0 - 29.9), el 38,6% (44) son de estado nutricional de normo peso (IMC 18.5 - 24.9) y el 9,6% (11) son de estado nutricional de obesidad (IMC > 29.9).

Del análisis de la tabla se puede concluir que el mayor porcentaje 51,8 % (59) corresponde a las pacientes con embarazo anembrionario que tienen estado nutricional de sobre peso, a diferencia del 9,6% (11) de pacientes que tienen estado nutricional de obesidad.

Nuestros resultados de investigación coincide con el mencionado de la Dra Sulette Ruiz, especialista del servicio de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco (2014), que refiere al estado nutricional deficiente como principal factores de riesgo para el desarrollo de un embarazo anembrionario.

Por lo tanto nuestra investigación nos permite señalar que el estado nutricional más frecuente de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, es el sobrepeso. Es importante señalar que si se producen ingestas por debajo como por encima de las demandas el estado nutricional indicará una malnutrición a medio o largo plazo; es decir un estado nutricional deficiente no solo se considera el estar en bajo peso o el hecho de tener un estado de sobre peso, porque ambos causan complicaciones fisiológicas en las mujeres lo que provoca adquirir ciertas patologías y no se descarta la posibilidad de tener un embarazo anembrionario.

TABLA N° 06.

TIPO DE SANGRE DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ANEMBRIONARIO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 2016 - 2017.

TIPO DE SANGRE	N	%
A positive	57	50,0
O positive	53	46,5
B positive	4	3,5
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 06 nos muestra el tipo de sangre de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que del 100%(114) de pacientes en estudio, 50,0 % (57) son de grupo sanguíneo “A positivo”, el 46,5% (53) son de grupo sanguíneo “O positivo” y el 3,5% (4) son de grupo sanguíneo “B positivo”.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje 50 % (57) corresponde a las pacientes con embarazo anembrionario con tipo de sangre “A positivo”, a diferencia del 3,5% (4) que son “B positivo”.

Nuestros resultados de investigación coinciden con el reporte de Díaz, Cruz y Lezama⁽¹⁴⁾ en su investigación “Frecuencia de mola hidatidiforme en pacientes con diagnóstico de huevo anembrionado por ultrasonido atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período del 1ro de

junio del 2000 al 15 de septiembre del 2002”, quienes mencionan que el tipo de sangre “A positivo” es un factor asociado al diagnóstico de embarazo anembrionario, aunque aún no se comprende muy bien su epidemiología.

Por lo tanto, nuestra investigación nos permite señalar que el tipo de sangre más frecuente de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga es “A positivo”, pero tenemos que tener en cuenta que el tipo de sangre “A positivo” es el segundo tipo de sangre más común en las persona. En nuestros resultados los porcentajes no varían mucho entre el tipo de sangre “O positivo” con el tipo de sangre “A positivo”. Además es importante señalar que la sangre es capaz de formar de anticuerpos y el sistema inmune puede distinguir normalmente entre las células de su propia sangre y entre otras, como también puede rechazar a las incompatibles; este resultado ayudara a determinar y a formular nuevas investigaciones para su mejor comprensión.

TABLA N° 07

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE MALFORMACION CONGENITA DE
PACIENTES CON EMBARAZO ANEMBRIONARIO EN EL
SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DELHOSPITAL II ESSALUD
HUAMANGA 2016 -2017.**

ANTECEDENTES DE MALFORMACIONES CONGENITAS	N	%
NO	114	100
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 07 nos muestra los antecedentes familiares de malformaciones congénitas de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que el 100%(114) de pacientes en estudio, no tiene antecedente de malformación congénita.

Nuestros resultados de investigación no coinciden con el reporte de Frank Atacho²⁸ menciona en el Diario Medico. “Medicina ginecoobstetrica y natural que si una mujer ha tenido un bebé con trastornos genéticos o malformaciones”, en el cual refiere que hay más posibilidades de que las anomalías se repitan y haya una mayor posibilidad de desarrollar otros trastornos.

Por lo tanto, nuestra investigación nos permite señalar que los antecedentes familiares de malformaciones congénitas no es frecuente en las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga. Es importante mencionar que las anomalías

embrionarias son de índole genética o congénita que impide el adecuado desarrollo embrionario y son mayormente hereditarias. A pesar que nuestros resultado muestran lo contrario se concluye que las paciente con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, no registran antecedentes familiares de malformaciones congénitas.

TABLA N° 08.

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON
EMBARAZO ANEMBRIONARIO DEL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 2016 -2017.**

NÚMERO DE GESTACIONES	N	%
0	21	18,4
1	32	28,1
2	31	27,2
3 a más	30	26,3
TOTAL	114	100%
NÚMERO DE PARTOS	N	%
0	45	39,5
1	32	28,1
2	29	25,4
3 a más	8	7
TOTAL	114	100%
NÚMERO DE ABORTOS	N	%
0	50	43,9
1	50	43,9
2	12	10,5
3 a más	2	1,7
TOTAL	114	100%
NÚMERO DE EMBARAZOS ANEMBRIONARIOS	N	%
0	108	94,7
1	5	4,4
2 a más	1	0,9
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 08 nos muestra los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes con embarazo anembrionario del Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que, el 28.1% (32) tenían una gestación, 39,5% (45) no tuvieron partos, el 43,9 % (50) si tenían abortos y el 94,7% (108) no tenían embarazos anembrionarios.

Nuestros resultados de investigación se asemejan al reporte de Calle y Herrera¹⁰ en la investigación. “Prevalencia de embarazos anembrionarios en tres clínicas de la zona suroccidente de la provincia de Buenos Aires, 2017” con resultado del 46% de las encuestadas respondió que a pesar de tener abortos durante su vida fértil tuvieron de 1 a 2 hijos antes o después de una pérdida pero fue simultaneo con diferencia del 1%, el porcentaje de las que no tuvieron hijos después de una o varias pérdidas.

Por lo tanto, concluimos que las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, tenían con mayor frecuencia una a dos gestación, no tuvieron partos, si tenían abortos y no tenían embarazos anembrionarios como antecedentes gineco-obstetricos. Es importante señalar que los antecedentes gineco-obstetricos son referencia para comprender con mayor exactitud un hecho posterior que pueden causar complicaciones y alteraciones que afecten la salud de una mujer. Determinar el número de veces de un embarazo, de partos, de abortos y de embarazos anembrionarios; es importante ya que las veces que una mujer quedo en estado de gravidez debido a que una multigesta no tiene las mismas posibilidades que una primigesta con respecto a ciertas patologías. Además los abortos están asociados a los problemas en los cromosomas que son consecuencia de errores que ocurren por casualidad

cuando el embrión se divide y crece, no son problemas que se heredan de los padres, pero las anomalías cromosómicas podrían dar lugar a un embarazo anembrionado.

TABLA N° 09.

**ANTECEDENTES DE USO Y TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO
HORMONAL DE PACIENTES CON EMBARAZO ANEMBRIONARIO EN EL
SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD
HUAMANGA 2016 - 2017.**

USO DE METODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL	N	%
Si usaban método hormonal	65	57%
No usaban método hormonal	49	43%
TOTAL	114	100%

TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL	N	%
Método anticonceptivo hormonal de sólo progesterona	45	39,5
Método anticonceptivo hormonal combinado	20	17,5
Ningún métodos anticonceptivos Hormonal	49	43
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 09 nos muestra los antecedentes de uso y tipo de métodos anticonceptivos hormonales de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que del 100 % (114) de pacientes en estudio, 57 % (65) si usaron método anticonceptivo hormonal y el 43 % (49) no usaron métodos anticoncepción hormonales. Además el 39,5 % (45) usaron método hormonal de sólo progesterona y el 17,5 % (20) usaron método anticonceptivo hormonal combinado.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje 57 % (65) corresponde a las pacientes con embarazo anembrionario que usaron métodos anticonceptivos hormonales, siendo el más usado el método hormonal de sólo progesterona representado por un 39,5 % (45) del total de las pacientes en estudio.

Nuestros resultados de investigación se asemeja al reporte Calle y Herrera ⁽¹⁰⁾ en su investigación. “Prevalencia de embarazos anembrionarios en tres clínicas de la zona suroccidente de la provincia de Buenos Aires, 2017” con resultado del 71% de mujeres dijo estar expuestas a agentes tóxicos como: la marihuana, formol, gases anestésicos, queratina, anticonceptivos, gasolina, entre otros.

Jude, Dave-King y Calypse ⁽⁹⁾ en su investigación “Ocurrencia de embarazo anembriónico con el uso de implante subdérmico de levonorgestrel (JADELLE®): reporte de un caso”, en la que concluye y destaca la posibilidad de que ocurra un embarazo anembriónico en mujeres que usan el implante subdérmico liberador de levonorgestrel.

Por lo tanto, nuestra investigación nos permite señalar que los antecedentes de uso y tipo de métodos anticonceptivos hormonales más frecuente de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga es el método anticonceptivo hormonal de sólo progesterona. Es importante señalar que los métodos anticonceptivos no son agentes tóxicos como refiere Calle y Herrera en su investigación, porque no afectan ni producen daño en la salud, pero si provocan ciertos efectos secundarios y el reporte Jude, Dave-King y Calypse, refieren que una mujer que usando el implante subdérmico más de 13 meses tuvo un

embarazo anembrionario; a diferencia de nuestro estudio que son resultados de los antecedentes del uso y el tipo de métodos anticonceptivos hormonales de las mujeres tenían antes de tener un embarazo anembrionario.

TABLA N° 10.

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE LAS PACIENTES CON
EMBARAZO ANEMBRIONARIO EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 2016 - 2017.**

TIPO DE ENFERMEDADES	N	%
Infección del tracto urinaria	76	66,7
Infección de transmisión sexual	1	0,9
Ninguna	18	15,8
Otra patología	19	16,7
TOTAL	114	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 10 nos muestra los antecedentes de enfermedad previas de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, en el que se observa que del 100%(114) de pacientes en estudio, 66,7 % (76) tuvo infección del tracto urinaria, el 16.7% (19) tuvieron otras patología y el 15,8 % (18) no presentaron ninguna patología y 0.9 % (1) presentó una infección de transmisión sexual.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje 66,7 % (76) corresponde a las pacientes con embarazo anembrionario que presentaron infección tracto urinaria, a diferencia del 0.9 % (1) que presentaron una infección de transmisión sexual.

Nuestros resultados de investigación coinciden con el reporte de Bernal y Sánchez,⁴ refieren que las anomalías embrionarias son de índole genética, infecciosa o congénita que impiden el adecuado desarrollo embrionario.

Por lo tanto, nuestra investigación nos permite señalar que la enfermedad previa más frecuente de las pacientes con embarazo anembrionario atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga, es la infección del tracto urinaria en un 66,7 % (76). Es importante mencionar que la infección del tracto urinaria es más común en el primer trimestre de embarazo debido a los cambios hormonales y complica el embarazo. Es una enfermedad muy común en mujeres que dan origen a nuevas patologías.

4.2 CONCLUSIONES

- a) La prevalencia de embarazo anembrionario del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga en el año 2016 y 2017, es de 4,14 % (114) de un total de 2747 pacientes.
- b) Las características sociodemográficos de las mujeres con embarazo anembrionario del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga en el año 2016 y 2017, fueron de mayor frecuencia la edad adulta, la procedencia urbano y no tienen la ocupación con exposición a agentes tóxicos.
- c) Las mujeres con embarazo anembrionario del Servicio de gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga en el año 2016 y 2017, tienen mayor predominio el estado nutricional de sobrepeso, el grupo sanguíneo tipo "A positivo" y no tienen antecedentes familiares de malformación congénita.
- d) Los antecedentes gineco-obstetricos de las mujeres con embarazo anembrionario del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga en el año 2016 y 2017, de mayor frecuencia son: pacientes con antecedentes de 1 a 2 gestaciones, no tenían partos, tuvieron un aborto. no tenían antecedentes de embarazo anembrionario, son usuarias de métodos anticonceptivos hormonales con predominio de método hormonal de sólo progesterona y la enfermedad previa más común es la infección del tracto urinario.

4.3 RECOMENDACIONES

1. Fomentar la asesoría pre-concepcional a las parejas, informando sobre los riesgos que conllevaría un embarazo, enfatizando el impacto de esta complicación que es el embarazo anembrionario.
2. Los profesionales de salud deben ofrecer mayor información y educación sobre el diagnóstico oportuno y la importancia de comenzar con los controles prenatales a temprana edad gestacional ofreciendo consejería en servicios de planificación familiar y atención prenatal, para evitar las complicaciones de un posible embarazo anembrionario, que puede causar daño físico o psicológico en la mujer y su pareja.
3. Además de brindar atención a las complicaciones clínicas de un embarazo anembrionario se debe brindar apoyo psicológico a las pacientes afectadas por embarazo anembrionarios en especial a las mujeres y parejas que tenían deseos de concebir.
4. Se sugiere realizar investigaciones posteriores en base a nuestros resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seguro Social Universitario Cochamamaba Bolivia - Area Medica "Incidencia de casos de huevo anembrionado en el que sedescarta el diagnostico con la ecografía de control y BHCG cuantitativaservicio de Obstetricia del Hospital Seguro Social Universitario 2015. Departamento de Cochabamba. [Internet] Bolivia 2015. Disponible en: <https://ssucbba.org/index.php>
2. Ramon Salazar R. Eficacia del misoprostol en aborto frustrado y gestación anembrionada según vía de administración. Hospital Sergio E. Bernales 2014. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. Perú 2015. Disponible en:http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2596/1/RAMON_RM.pdf.
3. Morice Chamorro K, Zúniga González G. Ensayo clínico de eficacia y seguridad del uso del misoprostol versus legrado por aspiración endouterina (LUA) para el manejo del huevo muerto retenido y embarazo anembrionico menor pero igual a 12 semanas de gestión en mujeres que asistieron al servicio.[Internet] Nicaragua 2013. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni /2692/>.
4. Vega Bernal J, Sanchez Vega J. Codificación en Ginecología. [Internet] www.Lulu.com; 84 p.23 de sep 2012. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=W4bxAwAAQBAJ&pg=PA4&lpg=PA4&dq=Codificaci%C3%B3n+en+Ginecolog%C3%ADa.&source=bl&ots=f2Dek4pUMv&sig=wAYJ6YHPX6-MI_xH1h_liyFYicU&h=es&sa=X&ved=0ahUKEwiX_aDG3ovcAhXhm-AKHf11BDoQ6AEINDAB#v=onepage&q=Codificaci%C3%B3n%20en%20Ginecolog%C3%ADa.&f=false.
5. DeCherney A, Nathan L, Laufer N , Roman A. Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos (11a. ed.). Mc Graw Hill Mexico; 2014.1048 p.

6. Kurjak A, Chervenak FA. Ecografía En Obstetricia Y Ginecología. Ed. Médica Panamericana; 2009.1016p. [Internet] Disponible en: <http://www.tirant.comlibreria/libro/ecografia-en-obstetricia-y-ginecologia-asim-kurjak-9789500609135>.
7. Hofer M, Facorro L. Curso básico de ecografía: manual de iniciación. Estados Unidos Ed. Médica Panamericana; 2006. 132 p. Disponible en: <http://www.axon.es/Axon/LibroFicha.asp?Libro=59047>
8. Parra G, Diaz I. Ultrasonografía: embarazo gemelar del primer trimestre. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet].1982 [citado 20 de julio de 2017]; 33 (2): 103 - 11 Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/1341/1464>
9. Jude Moutchia-Suh, Dave-King Moutourou Mouemba y Calypse Asangbe Ngwasir. Ocurrencia de embarazo anembriónico con el uso de implante subdérmico de levonorgestrel (JADELLE®): reporte de un caso. journal of medical case reports [Internet]. published online 29 de abril 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5924678/>.
10. Calle Perez M, Herrera Pareja A. "Prevalencia de embarazos anembrionarios en tres clínicas de la zona suroccidente de la provincia de Buenos Aires, 2017 "[Internet]. Argentina 30 de mayo 2017. Disponible en: <http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/123456789/1350/EMB.%20ANEMBRIONADO%20%281%29%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Ruth B. Lathi, Sara D. Mark, Lynn M. Westphal y Amin A. Milki. Pruebas citogenéticas de embarazos anembriónicos en comparación con abortos embrionarios perdidos. journal of assisted reproduction and genetics. [Internet] Published online 2007 Sep 27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3455028/>.

12. Núñez Claros C. "Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo. Hospital de Apoyo de Pichanaki - Junín. Junio a diciembre 2014. [Internet] (Perú, 2014). Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/163035>.
13. Rovati L . Embarazo anembrionario . [Internet] Bebes y mas. 23 de febrero de 2009. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/embarazo/embarazo-anembrionario>
14. Díaz Tilguant P, Lezama Ríos S, Cruz Perdomo E. Frecuencia de mola hidatidiforme en pacientes con diagnóstico de huevo anembrionado por ultrasonido atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital de especialidades del Instituto Hondureño De Seguridad Social (IHSS) durante el período del 1ro de junio del 2000 al 15 de septiembre del 2002. Rev Med Post UNAH [Internet] 2003 (8) 1, 2, 3. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2003/pdf/Vol8-123-2003.pdf>
15. Real Academia Española. Prevalencia [Internet]. España: enclave RAE. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?w=prevalencia>.
16. Academia Europea de Pacientes. Prevalencia a lo largo de la vida. [Internet]. EUPATI. 09 nov 2016. Disponible en: <https://www.eupati.eu/es/glossary/prevalencia-a-lo-largo-de-la-vida/>.
17. Cortez Prieto J . Obstetricia general. Editorial Universitaria Ramon Areces; 2004. 491 p.
18. Neira J. Aborto, Aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas [Internet]. 2016;31(1):64-9. [Internet] 2016. Disponible en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/290/222>.
19. Torres Sotolongo Y, Cordero Gutiérrez N, Alvares Donis A. Huevo anembrionario. presentación de tres gestantes. medicentro electrónica [Internet]. 2005 [citado 20

- de julio de 2017]; 9(4). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1132>.
20. Alberry M, Maddocks D, Jones M, Abdel Hadi M, Abdel-Fattah S, Avent N, Soothill PW Free fetal DNA in maternal plasma in anembryonic pregnancies: confirmation that the origin is the trophoblast. *Prenat Diagn* [Internet]. mayo de 2007 [citado 20 de julio de 2017]; 27(5): 415-8. [En línea] Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med /17286310>.
21. García Burguillo A, Álvarez Conejo M. Embarazo anembrionario [Internet]. www.pulevasalud.com. Europa Press 07-julio- 2010 [En línea] Disponible en: http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp%3FID%3D59977%26TIPO_CONTENTIDO%3DArticulo%26ID_CATEGORIA%3D383#0.
22. Archivos de la Dirección Factores de Riesgo – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Salud y ambiente. Indicadore Basicos de salud antioquia [Internet]. 2014 Capitulo 1: página 24. Disponible en: <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/0-capitulo-1-salud-y-ambiente/pagina-24-capitulo-1-salud-y-ambiente/>.
23. Medina, Vilma. Los riesgos laborales de la mujer embarazada. [En línea] guiainfantil.com, 11 de enero de 2016. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/riesgos/los-riesgos-laborales-de-la-mujer-embarazada/>
24. SlideShare [Internet]. Coscarelli, Leo. Semiología 15 de oct. de 2008. Disponible en: https://es.slideshare.net/rociol_2011/semio-historia-clinica-presentation.
25. Wikipedia la enciclopedia libre. Espacio geográfico [Internet]. 5 jul 2018. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Espacio_geogr%C3%A1fico.
26. Wikipedia la enciclopedia libre. Grupo Sanguíneo. [Internet]. 29 jul 2018 Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_sangu%C3%ADneo.

27. Mayo Clinic. [Internet] atención al paciente en información sobre salud. 2016 aborto espontáneo; 26 de julio 2016. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298>.
28. Frank Atacho Rojas. Newsletter Diario Médico. Medicina ginecoobstétrica y natural . [En línea] médico BLOGS, 06 de agosto de 2006. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho /2006/08/06/embarazo-de-alto-riesgo-obstetrico/>.
29. Planned Parenthood [Internet] Temas de salud. © 2017 Planned Parenthood Federation of America Inc. Métodos anticonceptivos. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos>.
30. Erika. [Internet] media wiki .Estado Nutricional 14 de marzo de 2014. Disponible en : https://wiki.elika.eus/index.php?title=Estado_nutricional.
31. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad. [Internet] 15 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/index.html>
32. Sulette Ruiz Chaurand Gineco Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco Disponible en : <https://panycirco.com/noticia/ciencia/experta-senala-factores-que-favorecen-el-embarazo-anembrionico>

ANEXO Nº 01

PREVALENCIA 2016 y 2017= $114 / 2747 \times 100 = 4,14\%$



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº de ficha: Nº de HCl:

Fecha de recolección de datos:.....

1. DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ANEMBRIONARIO POR ECOGRAFIA	
Si ()	No ()
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	
<p>2. Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes de 12 -17 años. () • Jóvenes de 18 - 29 años. () • Adultos de los 30 -50 años () <p>3. Ocupación: con exposición a agentes tóxicos:</p> <p style="padding-left: 20px;">Si () No ()</p> <p>4. Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urbano () • Urbano marginal () • Rural () 	<p>5.Tipo de Sangre:</p> <p>Grupo sanguíneo</p> <ul style="list-style-type: none"> • O () • A () • B () • AB () <p>Factor Rh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positivo () • Negativo ()
6. ESTADO NUTRICIONAL: Según Índice de Masa Corporal.	
<p>Peso / talla²</p> <p>.....</p> <p>IMC:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso si IMC es inferior a 18.5 () • Normo peso si IMC es entre 18.5- 24.9 () • Sobre peso si IMC es entre 25- 29.9 () • Obesidad si IMC es 30.0 o superior ()
ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS:	
<p>7. N° de gestaciones:</p> <p>8. N° de partos;</p> <p>9. N° de abortos:</p> <p>10. N° de Embarazos anembrionarios:</p> <p>11. Uso anticonceptivo hormonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • No () • Si () <p>Tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sólo progesterona () • Combinado () 	<p>12. Enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección de Transmisión Sexual () • Infección Urinaria () • Otra patología..... () • Ninguna () <p>13. Antecedentes familiares de malformación congénitas:</p> <p style="padding-left: 40px;">Si () No ()</p>

REALIZANDO LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL HOSPITAL II
ESSALUD HUAMANGA



Fotografía en el Hospital II
ESSALUD Huamanga



Fotografía con el jefe
de Archivo

Fotografías de la selección del número de historias clínicas



Fotografías de la recolección las historias clínicas



Fotografía realizando el llenando las fichas de recolección de datos

