



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL
EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
JESÚS MARÍA. ESSALUD.
ENERO – MARZO 2015.**

PRESENTADA POR

KARLA VÁLERY SUÁREZ BENDEZÚ

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MONITOREO
ELECTRÓNICO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRÉS

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

SECCIÓN DE POSTGRADO

**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS
POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD
DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
JESÚS MARÍA. ESSALUD.
ENERO – MARZO 2015.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

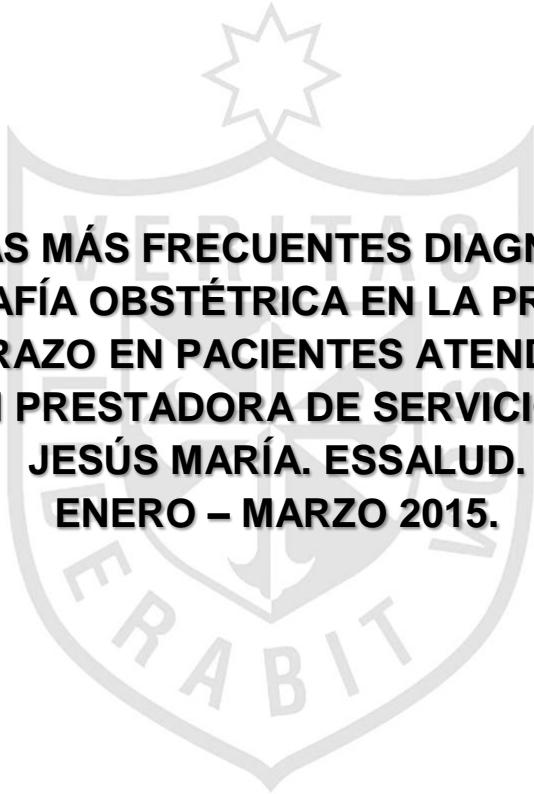
**Para optar el Título de Especialista en Monitoreo Electrónico Fetal y
Diagnóstico por Imágenes**

Presentado por:

Licenciada Obst. KARLA VÁLERY SUÁREZ BENDEZÚ

LIMA - PERÚ

2016



**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS
POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD
DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
JESÚS MARÍA. ESSALUD.
ENERO – MARZO 2015.**



Asesora

Mg. Obst. Nelly Moreno Gutierrez

Miembros del Jurado:

- Dra. Obst. Mirtha Muñoz Hidrogo
- Mg. Flor de María Chumpitaz Soriano
- Mg. Obst. Yrene Mateo Quispe

DEDICATORIA

A Dios, que siempre está conmigo.

*A mis padres, por haberme
forjado en la persona que
soy en la actualidad.*

*A mi amado esposo, por la
confianza y apoyo brindado,
quien me ha demostrado su
amor incondicional corrigiendo
mis faltas y celebrando
mis triunfos.*



AGRADECIMIENTOS

A la Magister en Obstetricia Nelly Moreno Gutiérrez, por su valioso tiempo brindado y que con gran profesionalismo asesoró mi trabajo de Investigación, que hoy culmina satisfactoriamente.

A la Institución Prestadora de Servicios de Salud Jesús María, por haberme permitido realizar la presente investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE	Página
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODO	7
2.1 Diseño metodológico	8
2.2 Población	8
2.3 Muestra	8
2.4 Criterios de selección	9
2.5 Operacionalización de variables	10
2.6 Técnica de recolección de datos	12
2.7 Técnica de análisis de datos	12
2.8 Aspectos éticos	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Nombre	Página
TABLA 1a	CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	15
TABLA 1b	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	17
TABLA 2	EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	20
TABLA 3a	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>HEMATOMA</u>	22
TABLA 3b	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>INSERCIÓN PLACENTARIA</u>	24
TABLA 3c	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>MIOMA UTERINO</u>	26
TABLA 3d	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>QUISTE LUTEÍNICO</u>	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Nombre	Página
GRÁFICO 1a	CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	16
GRÁFICO 1b	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	19
GRÁFICO 2	EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	21
GRÁFICO 3a	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>HEMATOMA</u>	23
GRÁFICO 3b	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>INSERCIÓN PLACENTARIA</u>	25
GRÁFICO 3c	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>MIOMA UTERINO</u>	27
GRÁFICO 3d	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: <u>QUISTE LUTEÍNICO</u>	29

RESUMEN

Objetivo: Determinar las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo, en pacientes atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Jesús María. EsSalud. Enero – Marzo 2015.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. La población fue de 115 gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS Jesús María, con ecografía de control en la primera mitad del embarazo. Muestra: Conformada por 74 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Con respecto a las **Características personales** predominó el grupo etario entre 30 a 34 años en gestantes ≤ 12 semanas y ≥ 13 a 20 semanas. La edad gestacional que predominó fue la de ≤ 12 semanas en 62%. En cuanto a las **Patologías** más frecuentes diagnosticadas por ecografía; el tipo de hematoma más frecuente en gestantes ≤ 12 semanas en 41.3% fue retrocorial y en gestantes ≥ 13 a 20 semanas fue el hematoma retroplacentario, En cuanto al diagnóstico de mioma que predominó fue el intramural en 19.6% en ≤ 12 semanas, mientras que el subseroso y submucoso sólo se presentaron en ≤ 12 semanas con 8.7% y 2.2% respectivamente.

Conclusiones: Se diagnosticaron mediante ecografía las patologías más frecuentes de la primera mitad del embarazo siendo éstas; hematoma retrocorial, hematoma retroplacentario y mioma intramural.

Palabras clave: Patologías, primera mitad del embarazo, ecografía obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To determine the most common diseases diagnosed by obstetric ultrasound in the first half of pregnancy, in patients treated at the Lending Institution of Health Services Jesus Maria. EsSalud. January-March 2015.

Methodology: Descriptive, cross-sectional, retrospective study. The population was 115 pregnant women at the institution providing health services IPRESS Jesus Maria, ultrasound control in the first half of pregnancy. Sample: Comprised of 74 pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria.

Results: With regard to personal characteristics dominated the age group between 30 to 34 years in pregnant women <12 weeks and> 13 to 20 weeks. Gestational age was the predominant <12 weeks at 62%. As for the most common diseases diagnosed by ultrasound; the type of hematoma more common in pregnant women <12 weeks at 41.3% was retrocorial and pregnant> 13-20 weeks was retroplacental hematoma As for the diagnosis of fibroid that prevailed was the intramural 19.6% at <12 weeks, while the subserosal and submucosal only occurred in <12 weeks with 8.7% and 2.2% respectively.

Conclusions: They were diagnosed by ultrasound the most common diseases in the first half of pregnancy and these are; retrocorial hematoma, hematoma and intramural fibroid retroplacental.

Keywords: Pathology, first half of pregnancy, obstetrical ultrasound.



INTRODUCCIÓN

El examen diagnóstico por ecografía puede emplearse en una serie de circunstancias específicas durante el embarazo, como después de complicaciones clínicas (por ejemplo, sangrado) o cuando se cree que el feto puede correr un riesgo especialmente alto de malformación o de crecimiento inadecuado. Dado que ciertos resultados adversos también pueden ocurrir en embarazos sin factores claros de riesgo, se ha sugerido que el uso de la ecografía de rutina en todos los embarazos podría resultar beneficioso.

El ultrasonido es inocuo, no invasivo y de bajo costo; si se emplea de manera adecuada desde el primer nivel de atención, puede disminuir la realización de estudios de este tipo en el segundo nivel de atención y con ello confirmar que proveer de ultrasonidos a las unidades de medicina familiar es una buena estrategia institucional, con la intención de diagnosticar tempranamente posibles complicaciones que puedan poner en riesgo al binomio madre-hijo. Actualmente no hay evidencia clara de que el examen ecográfico durante el embarazo sea perjudicial.

En la actualidad, el avance y desarrollo de la tecnología empleados en ultrasonografía, como son los ecógrafos que tienen alta resolución, han favorecido el desarrollo de nuevos protocolos de estudio y nuevos patrones ecográficos que mejoran significativamente el diagnóstico, obteniendo

imágenes con dimensiones pequeñas que permiten un análisis más exhaustivo de diversas estructuras anatómicas ¹.

En 1959, Ian Donald, profesor Ginecoobstetra de la Universidad de Glasgow, aplicó principios ya estudiados del ultrasonido para obtener las mediciones de los cráneos fetales, lo cual marcó el inicio de investigaciones posteriores sobre el crecimiento fetal. ²

Los avances en la tecnología ultrasonográfica en los últimos años han llevado a sugerir la posibilidad de diagnósticos más frecuentes como la determinación del sexo fetal durante el primer trimestre³.

El periodo de la gestación donde es de mayor importancia la realización de la ecografía constituye la primera mitad del embarazo, siendo la ecografía transvaginal, la vía de elección por la buena resolución en las imágenes obtenidas. ⁴

Por esto, la calidad del parámetro empleado para la medición del feto cuando se realiza la biometría es de gran importancia para el profesional que realiza el examen ultrasonográfico. ⁵

En teoría, las principales ventajas del control ecográfico en el inicio del embarazo son el cálculo más preciso de la edad gestacional, la identificación más temprana de embarazos múltiples y el diagnóstico de embarazos no viables y de ciertas malformaciones fetales.

Además de otros diagnósticos más frecuentes como: la actividad cardiaca, los movimientos activos fetales, la localización e inserción de la placenta, medida, grado de maduración y relación con el orificio cervical interno, la valoración de

cordón umbilical con tres vasos e inserciones, la cantidad de líquido amniótico.⁶

Hoy en día, la ecografía representa un método de diagnóstico insustituible en Ginecología y Obstetricia, en contra de lo que pudiera pensarse, el examen ecográfico de la gestación probablemente normal no es una cuestión banal, sino de suma importancia, puesto que queda ya suficientemente demostrado que es después de la ecografía y no antes, cuando el supuesto de normalidad quedará confirmado o descartado ⁷.

La controversia entre el examen ecográfico de rutina versus la ecografía selectiva durante el embarazo, ha quedado atrás definitivamente. El embarazo, por sí solo, tiene indicación de evaluación ultrasonográfica⁸.

Según los expertos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el acceso mejorado a la ecografía y a otros servicios de radiología podría reducir las defunciones maternas y de recién nacidos en todos los países de las Américas.

La ecografía, si bien no cumple todos los criterios propuestos por la OMS, es el mejor método de screening prenatal disponible. Se reconoce que su efectividad está directamente relacionada con la organización racional y dirigida de su práctica, tanto desde el punto de vista de organización sanitaria poblacional como del seguimiento de protocolos adecuados en los Centros en que se realiza ⁹.

En nuestro país, la dificultad en seleccionar grupos de riesgo establece que deba realizarse a todas las gestantes y considerar que todos los fetos deben ser explorados como si de alto riesgo se trataran, aunque no exista una norma que lo respalde.

En nuestro medio, el Ministerio de Salud en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna incluye la realización de una ecografía obstétrica antes de las 14 semanas de gestación para confirmar la edad gestacional y en mujeres mayores de 35 años solicitar la evaluación del pliegue nucal entre las semanas 10 y 14.¹⁰

Sin embargo, en la Guía Nacional de Atención integral de Salud Sexual y Reproductiva de 2004, se menciona que la ecografía sólo debe ser empleada cuando existan dudas en la edad gestacional o se presenten factores de riesgo durante la atención prenatal, ya que debe contribuir para tomar decisiones de manejo ¹¹.

En los últimos años en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS Jesús María, se ha tenido un incremento en la población que EsSalud anualmente acredita a la Institución, por lo que se ha aumentado la atención en el servicio de ecografía, a dos turnos diarios. Así mismo, en nuestra Institución al ser un modelo de Centro Médico creado por EsSalud, enfocado en desarrollar actividades de atención primaria de salud, se cuenta con el Programa de Control Prenatal y Puerperio, dirigido a controlar a las pacientes gestantes de acuerdo a las carteras preventivas de salud que incluyen una serie de servicios por las que la gestante tiene que ser atendida, además de un conjunto de exámenes que incluyen ecografías prenatales, cuyos diagnósticos más frecuentes han logrado determinar la presencia de algunos factores de riesgo durante el embarazo.

Los estudios relacionados a la importancia de la ecografía y la valoración de las patologías más frecuentes de ésta son escasas en nuestro país, es por

ello y por la demanda creciente en la población que se desarrolló la presente investigación.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo, en pacientes atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Jesús María. EsSalud. Enero – Marzo 2015?.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Determinar las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo, en pacientes atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Jesús María. EsSalud. Enero – Marzo 2015.

13.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características generales y obstétricas de las gestantes participantes en el estudio.
- Relacionar las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía en la primera mitad del embarazo según semanas de gestación.

MATERIAL Y MÉTODOS



MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.

2.2.1 Población de estudio:

Lo constituyeron 115 gestantes (Historias clínicas) atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS Jesús María, a las cuales se les realizó control mediante ecografía, durante el período de Enero – Marzo 2015 con edades gestacionales comprendidas en la primera mitad del embarazo.

2.2.2 Muestra

Gestantes (historias clínicas) atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS Jesús María, con ecografía de control en la primera mitad del embarazo, las cuales fueron 74.

2.2.3 Tamaño de la muestra:

Para que el tamaño de la muestra sea representativa de la población total de gestantes en la primera mitad del embarazo con ecografías realizadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS Jesús María) se aplicó la siguiente fórmula:

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

Dónde:

Total de la población (N)	115
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
(Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)	

TAMAÑO MUESTRAL (n) 74

Finalmente la muestra fue de 74 historias clínicas de gestantes con ecografías en la primera mitad del embarazo.

2.2.4 Tipo de muestreo:

La muestra fue de tipo probabilística.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 Criterios de inclusión

- Todas las gestantes con ecografías realizadas durante la primera mitad del embarazo, independientemente de la edad cronológica, paridad, de alguna patología o complicación del embarazo.

3.3.2 Criterios de Exclusión:

- Gestantes con ecografías realizadas fuera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Jesús María.

2.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.4.1 Variables

Variable 1: Patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía.

Variable 2: Primera mitad del embarazo.

Variable 3: Características personales.

3.4.2 Operacionalización de variables.

VARIABLES	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
Variable 1: Patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía			
Patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía	Hematoma a. Retrocorial b. Subcorial c. Retroplacentario d. Ausencia	Nominal	Ficha de Datos
	Inserción placentaria a. Placenta de inserción posterior b. Placenta inserción anterior c. Placenta de inserción baja no cubre OCI d. Placenta de inserción baja cubre OCI	Nominal	

	Mioma Uterino a. Subseroso b. Intramural c. Submucoso Quiste luteínico a. Ovario Derecho b. Ovario Izquierdo	Nominal	Ficha de Datos
VARIABLES	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
Variable 2 : Primera mitad del embarazo			
Primera mitad del embarazo	Edad Gestacional en la primera mitad del embarazo a. ≤ 12 semanas b. ≥ 13 a 20 semanas	Intervalo	Ficha de Datos
VARIABLES	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
Variable 3: Características personales y Obstétricas			
Características personales y Obstétricas	Edad a. 15 – 19 años b. 20 – 24 años c. 25 – 29 años d. 30 – 34 años e. 35 a más	Intervalo	Ficha de Datos
	Estado Civil. a. Soltero b. Casado c. Conviviente d. Divorciado	Nominal	Ficha de Datos
	Paridad a. Nulípara b. Primípara c. Multípara d. Gran multípara	Nominal	Ficha de Datos
	Semana de inicio del Control prenatal a. ≤ 12 semanas b. ≥ 13 a 20 semanas	Intervalo	Ficha de Datos

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

Previa coordinación con la autoridad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, los datos fueron obtenidos del Sistema de Gestión de los Servicios de Salud - SGSS, software especializado que cuenta con herramientas que realizan el monitoreo de desempeño y diagnóstico, de tal manera que se asegura la disponibilidad de esta aplicación altamente crítica dentro de los servicios que brinda EsSalud a las Redes Asistenciales a nivel nacional, adecuándose a las necesidades de ESSalud.

- **Instrumento de recolección de datos:**

La información fue registrada en una Ficha de Datos estructurada, previamente elaborada y validada para esta investigación, con el fin de recopilar toda la información necesaria de las historias clínicas de las gestantes participantes en el estudio.

En esta Ficha de datos se contaron con tres áreas.

- I. Edad gestacional.
- II. Características personales.
- III. Patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez concluido el registro de los datos, las diferentes variables siguieron el siguiente procedimiento:

- Ordenamiento de datos.
- Tabulación de datos
- Presentación de tablas y figuras de acuerdo al nivel de medición.
- Los datos obtenidos fueron registrados con ayuda del ordenador y programas estadísticos usando el programa estadístico SPSS (Statistics Program for Social Sciences V 21.0).
- Las variables fueron evaluadas mediante el análisis descriptivo. Los resultados finales se presentan en tablas y gráficos, respectivos.

3.7 APECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación consideró los diversos principios éticos especificados en las normas de Vancouver y de Helsinki. Sin embargo se mencionaron ciertos aspectos importantes.

- Respeto por la dignidad de las personas
- La reserva en el manejo de la información, con reglas explícitas de confidencialidad.
- Se aseguró que los datos obtenidos de las historias clínicas, solo fueran utilizados para el trabajo de investigación y se respetó la privacidad y anonimato de las pacientes involucradas en el estudio.



“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

**TABLA 1a
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	≤ 12 semanas		≥ 13 a 20 semanas		TOTAL	
	N°=46	%	N°=28	%	N°=74	%
EDAD						
15 – 19 años	0.0	0.0	1	3.6	1	1.4
20 – 24 años	4	8.7	2	7.1	6	8.1
25 – 29 años	13	28.3	6	21.4	19	25.7
30 – 34 años	15	32.6	10	35.7	25	33.8
35 a más	14	30.4	9	32.1	23	31.1
ESTADO CIVIL.						
Soltero	1	2.2	1	3.6	2	2.7
Casado	15	32.6	17	60.7	32	43.2
Conviviente	30	65.2	10	35.7	40	54.1

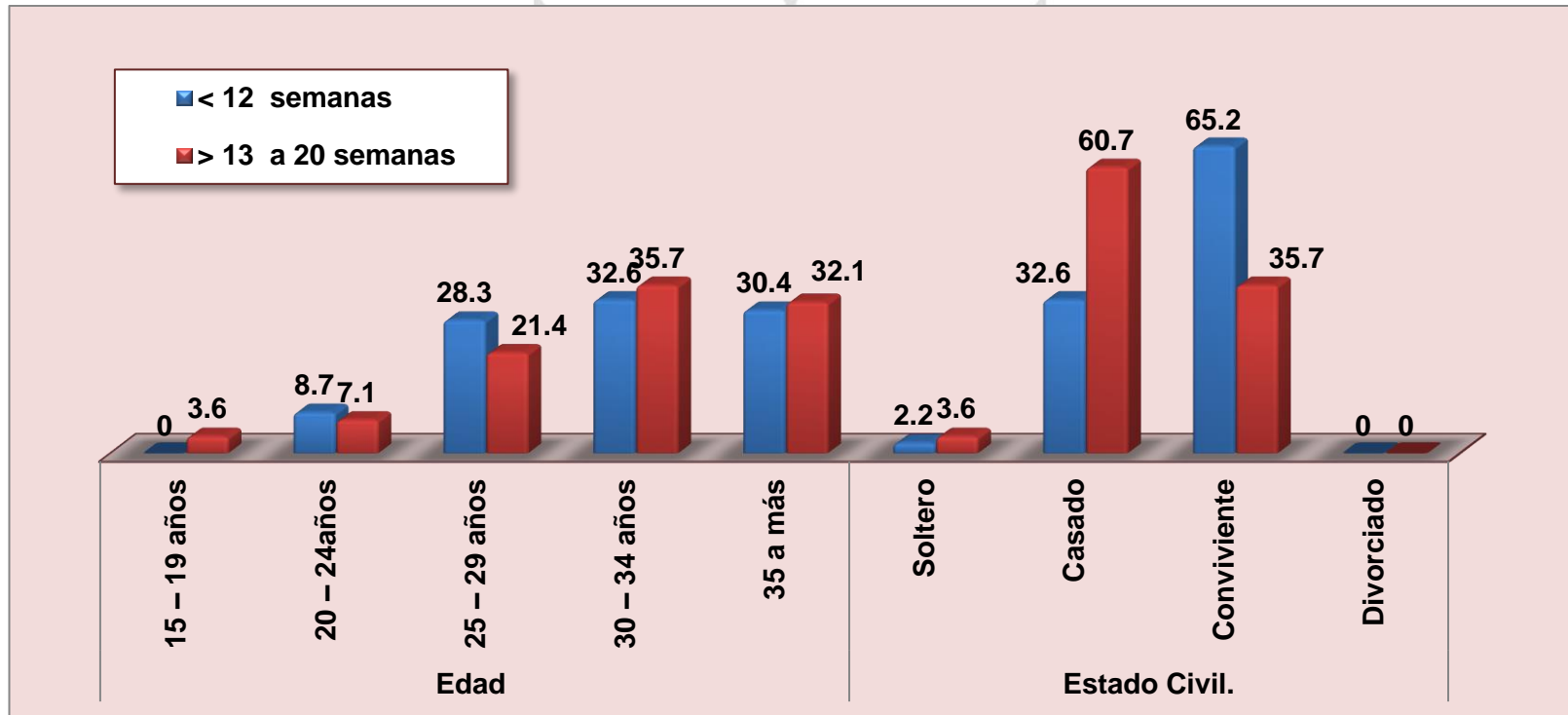
Con respecto a las características personales, predomina:

* **Edad:** en ambos grupo correspondió entre 30 a 34 años con 32.6% (15) y 35.7% (10) respectivamente.

* **Estado civil:** en el grupo ≤ 12 semanas el mayor porcentaje correspondió a conviviente con 65.2% (30) y para ≥ 13 a 20 semanas el estado civil predominante fue casado con 60.7% (17).

“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

GRAFICO 1a
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO



“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

**TABLA 1b
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	≤ 12 semanas		≥ 13 a 20 semanas		TOTAL	
	N°=46	%	N°=28	%	N°=74	%
PARIDAD						
Nulípara	16	34.8	13	46.4	29	39.2
Primípara	24	52.2	8	28.6	32	43.2
Multípara	4	8.7	6	21.4	10	13.5
Gran múltipara	2	4.3	1	3.6	3	4.1
SEMANA DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL						
< 12 semanas	46	100.0	1	3.6	47	63.5
13 a 20 semanas	0.0	0.0	27	96.4	27	36.5

En relación a las características obstétricas, se observa:

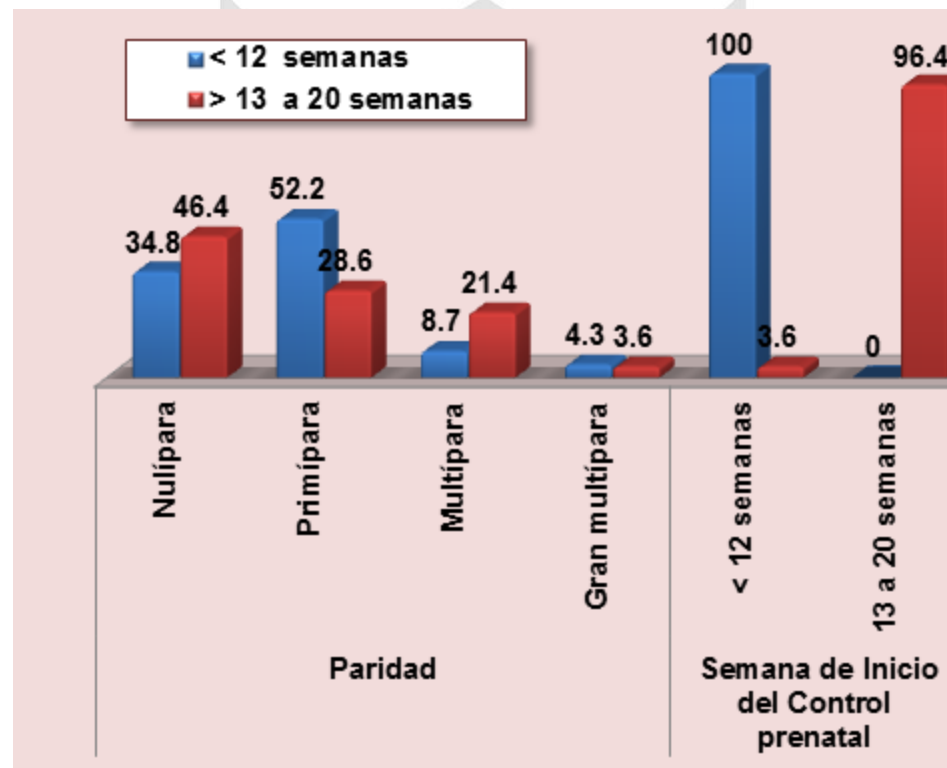
*Con respecto a la **paridad**, en las gestantes ≤ 12 semanas, predominaron con un 52.2% (24) Primíparas, mientras que para las de ≥ 13 a 20 semanas se tuvo un mayor porcentaje en gestantes Nulíparas con 46.4% (13).

* Con respecto a la semana de ***Inicio del Control Prenatal***, en las gestantes con ≤ 12 semanas se obtuvo que el total de ellas inició el control antes de las 12 semanas de gestación y para el grupo ≥ 13 a 20 semanas se tuvo en 96.4% de gestantes que iniciaron su control antes de las 12 semanas.



“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

GRÁFICO 1b
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO



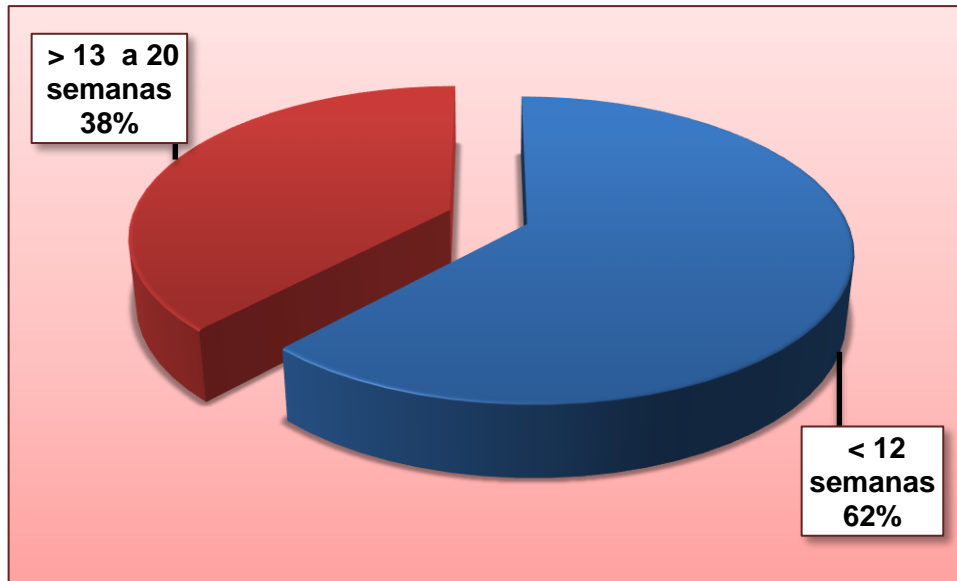
“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

**TABLA 2
EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES
EN EL ESTUDIO**

EDAD GESTACIONAL	TOTAL	
	N°	%
≤ 12 semanas	46	62
≥ 13 a 20 semanas	28	38
<i>Total</i>	74	100

Se observa en la tabla que predomina el grupo con edad gestacional de ≤ 12 semanas con 62% (46).

GRÁFICO 2
EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES
EN EL ESTUDIO



“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

TABLA 3a
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: HEMATOMA

Hematoma	≤ 12 semanas		≥ 13 a 20 semanas		TOTAL		ch ²	gl = 1 p < 0.05
	N°=46	%	N°=28	%	N°=74	%		
RETROCORIAL								
SI	19	41.3	0	0.0	19	25.7	15.56	0.00007993
NO	27	58.7	28	100.0	55	74.3		
SUBCORIAL								
SI	1	2.2	0	0.0	1	1.4	0.617	0.43216429
NO	45	97.8	28	100.0	73	98.6		
RETROPLACENTARIO								
SI	0	0.0	5	17.9	5	6.8	8.81	0.00299584
NO	46	100.0	23	82.1	69	93.2		
AUSENCIA								
SI	26	56.5	23	82.1	49	66.2	5.107	0.02382949
NO	20	43.5	5	17.9	25	33.8		

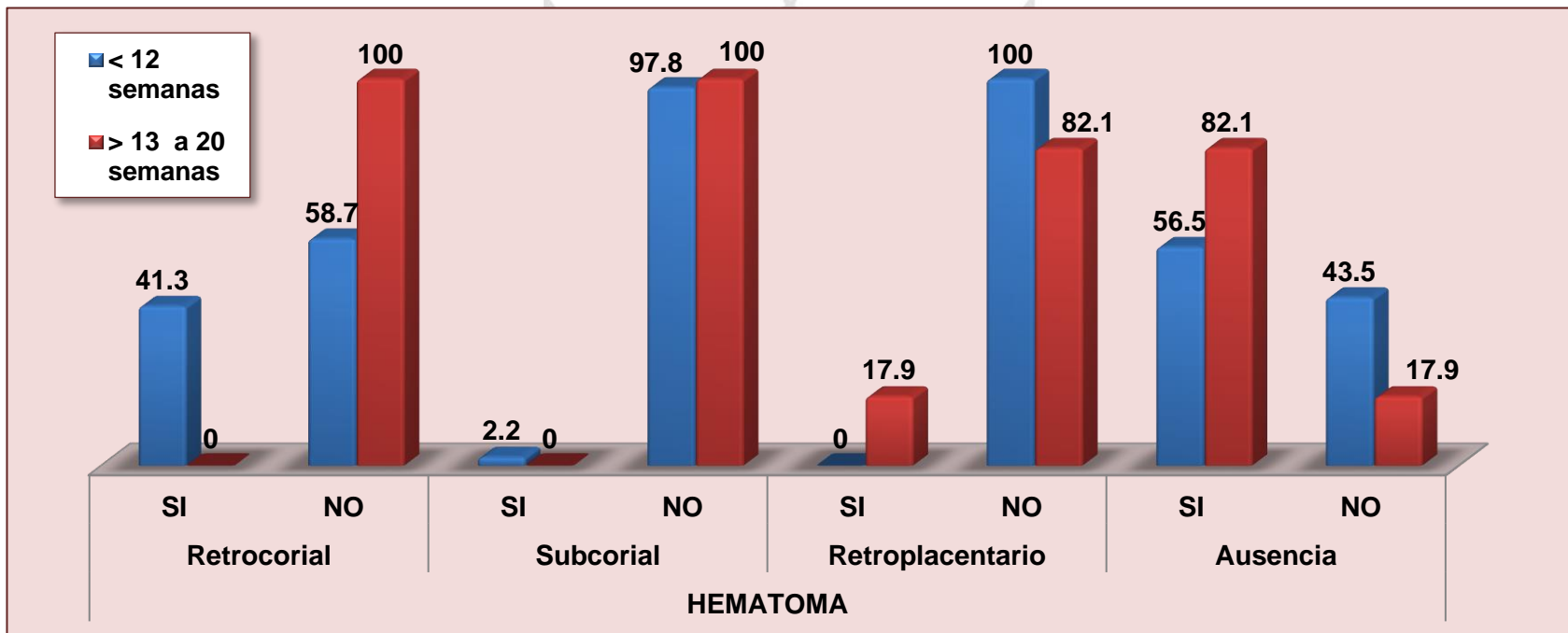
Se observa que el hematoma Retrocorial y Subcorial sólo se presentaron en gestantes ≤ 12 semanas con 41.3% (19) y 2.2% (1) respectivamente; mientras que el hematoma Retroplacentario sólo se presentó en gestantes ≥ 13 a 20 semanas con 17.9% (5).

Se obtuvo un mayor porcentaje de ausencia de hematomas en ≥ 13 a 20 semanas con 82.1% (23).

Al analizar estadísticamente, se encontró asociación significativa para el hematoma Retrocorial, retroplacentario y ausencia del mismo.

“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

GRÁFICO 3a
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: HEMATOMA



“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

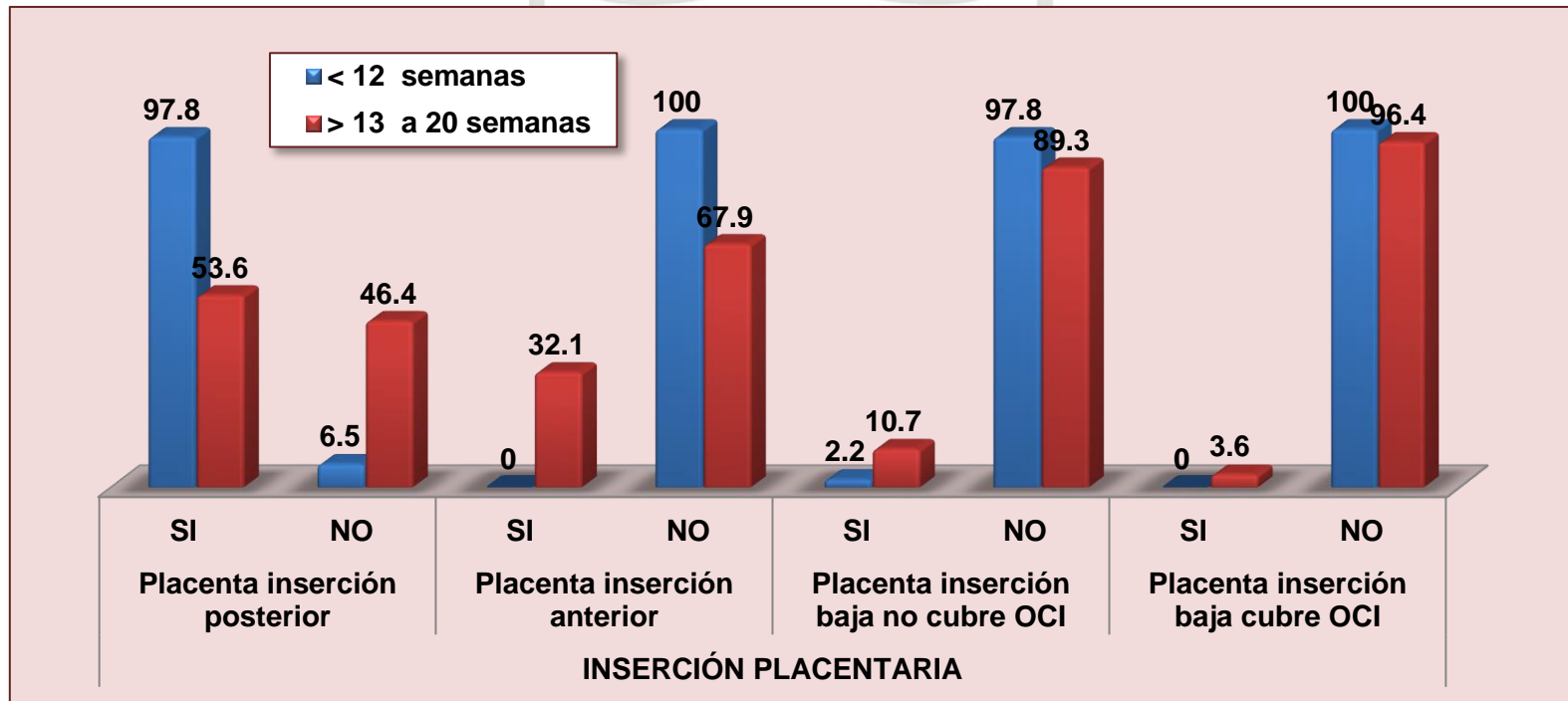
TABLA 3b
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: INSERCIÓN PLACENTARIA

Inserción placentaria	≤ 12 semanas		≥ 13 a 20 semanas		TOTAL		ch ²	gl = 1 p < 0.05
	N°=46	%	N°=28	%	N°=74	%		
<i>PLACENTA INSERCIÓN POSTERIOR</i>								
SI	45	97.8	15	53.6	60	81.1	17.176	0.00003407
NO	3	6.5	13	46.4	14	18.9		
<i>PLACENTA INSERCIÓN ANTERIOR</i>								
SI	0.0	0.0	9	32.1	9	12.2	16.833	0.00004082
NO	46	100.0	19	67.9	65	87.8		
<i>PLACENTA INSERCIÓN BAJA NO CUBRE OCI</i>								
SI	1	2.2	3	10.7	4	5.4	2.483	0.11508256
NO	45	97.8	25	89.3	70	94.6		
<i>PLACENTA INSERCIÓN BAJA CUBRE OCI</i>								
SI	0.0	0.0	1	3.6	1	1.4	1.665	0.19692958
NO	46	100.0	27	96.4	73	98.6		

*En la tabla, observamos que la placenta de inserción posterior predominó con 97.8% (45) en ≤ 12 semanas. *La placenta de inserción anterior tuvo mayor porcentaje en ≥ 13 a 20 semanas con 32.1 % (9). *La placenta de inserción baja sobresalió en ≥ 13 a 20 semanas con un 10.7% (3). *La placenta de inserción baja que cubre OCI, sólo se presentó en ≥ 13 a 20 semanas con 3.6% (1). Al realizar el análisis, se halló como resultado que la Inserción Placentaria Posterior y Anterior, resultaron ser estadísticamente significativos.

“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

GRÁFICO 3b
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: INSERCIÓN PLACENTARIA



“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

TABLA 3c
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: MIOMA UTERINO

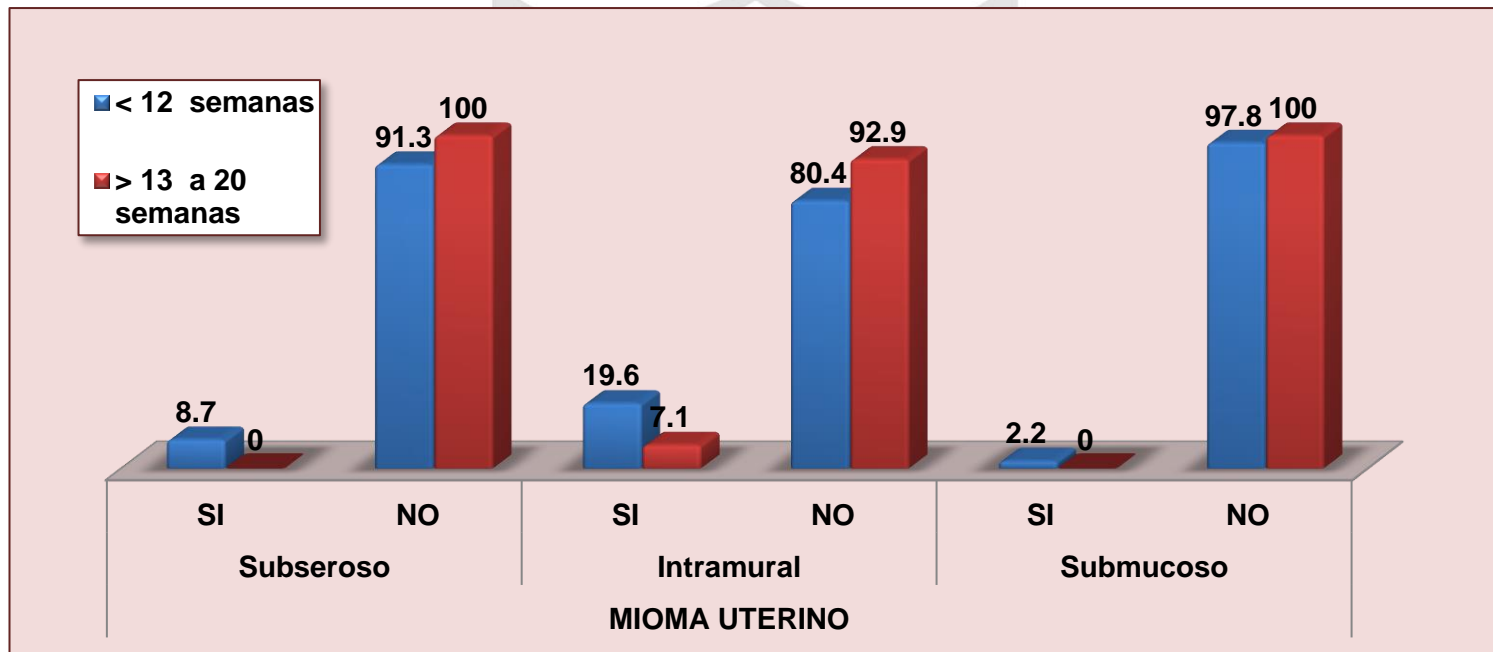
Mioma Uterino	≤ 12 semanas		≥ 13 a 20 semanas		TOTAL		ch ²	gl = 1 p < 0.05
	N°=46	%	N°=28	%	N°=74	%		
<i>SUBSEROSO</i>								
SI	4	8.7	0.0	0.0	4	5.4	2.574	0.10863273
NO	42	91.3	28	100.0	70	94.6		
<i>INTRAMURAL</i>								
SI	9	19.6	2	7.1	11	14.9	2.122	0.14519683
NO	37	80.4	26	92.9	63	85.1		
<i>SUBMUCOSO</i>								
SI	1	2.2	0.0	0.0	1	1.4	0.617	0.43216429
NO	45	97.8	28	100.0	73	98.6		

Con respecto a la presencia de miomas, se halló que el mioma intramural predominó con 19.6% (9) en ≤ 12 semanas, mientras que el mioma subseroso y submucoso sólo se presentó en ≤ 12 semanas con 8.7% (4) y 2.2% (1) respectivamente.

Al análisis estadístico se observa que no asociación significativa, en ninguno de los casos

“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

GRÁFICO 3c
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: MIOMA UTERINO



“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

TABLA 3d
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: QUISTE LUTEÍNICO

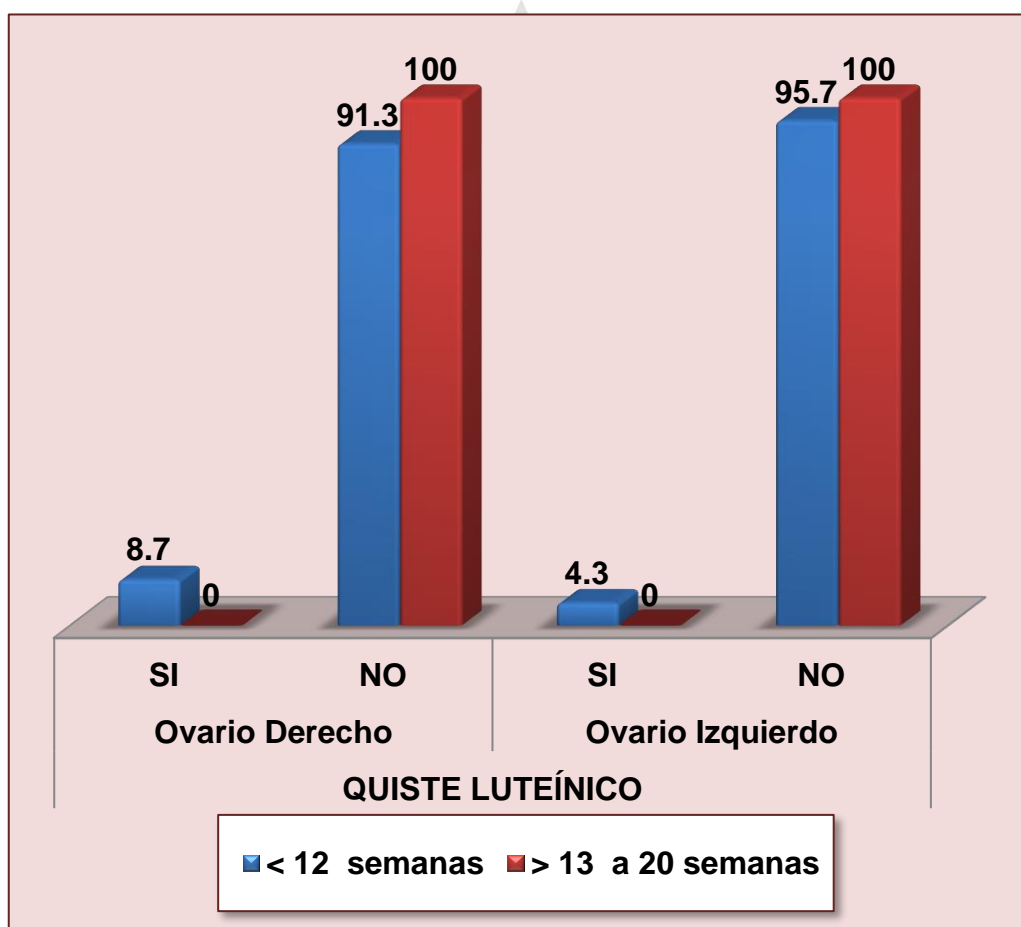
Quiste Luteínico	≤ 12 semanas		≥ 13 a 20 semanas		TOTAL		ch ²	gl = 1 p < 0.05
	N°=46	%	N°=28	%	N°=74	%		
OVARIO DERECHO							2.574	0.10863273
SI	4	8.7	0	0.0	4	5.4		
NO	42	91.3	28	100.0	70	94.6		
OVARIO IZQUIERDO							1.251	0.26336157
SI	2	4.3	0	0.0	2	2.7		
NO	44	95.7	28	100.0	72	97.3		

El quiste luteínico sólo se presentó en ≤ 12 semanas, predominantemente en el ovario derecho con 8.7% (4).

Al analizar estadísticamente, no se encontró asociación significativa.

“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

GRÁFICO 3d
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO:
QUISTE LUTEÍNICO



DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El examen ultrasonográfico obstétrico se ha integrado progresivamente al control prenatal normal, tanto como examen de tamizaje y/o test diagnóstico, permitiendo identificar los resultados más frecuentes de ésta como el cálculo de la edad fetal y la evaluación del crecimiento del producto, haciendo posible que oportunamente se puedan diagnosticar patologías uterinas, alteraciones en la implantación placentaria, así como alteraciones en el desarrollo fetal, disminuyendo la posibilidad de la mortalidad perinatal, ya que el crecimiento fetal tienen una estrecha relación con este último ¹².

Toda embarazada, aún aquella de bajo riesgo, amerita un examen lo más completo y esmerado posible, que permita una evaluación minuciosa de su hijo en gestación. Es éste, precisamente, el objetivo del examen ecográfico rutinario y periódico durante el embarazo y es, por consiguiente, una de las metas a la que debe aspirar todo aquel que desee otorgar una atención perinatal de excelencia ⁸.

TABLA 1a. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

La edad materna, según Nicolaidis K (2011) ¹⁷, constituye una variante independiente, que incrementa el riesgo de algunas malformaciones u otras como las aneuploidias con el incremento de la edad materna.

Con respecto a las características personales, en nuestro estudio predominó la edad entre 30 a 34 años, en ambos grupos con 32.6% (15) y 35.7% (10) respectivamente.

Similar dato se tiene de Delgadillo ¹⁸, en su estudio, donde se reporta que el 50% tiene 31 años a más, teniendo edad gestacionales de 11 a 14 semanas. Sin embargo, Ormeño ¹⁸, en su investigación observó que las gestantes de edad comprendida entre 33 a 37 años presentaron el 12.3 %, siendo predominante las edades entre 18 a 22 años con 43.9%

El estado civil que más destacó en nuestra investigación correspondió a conviviente con 65.2% en gestantes con \leq 12 semanas y para \geq 13 a 20 semanas el estado civil predominante fue casado con 60.7% (17).

Similar dato al de Ylatoma y Flores ²⁰, que demostraron en su estudio que el 77.7% de las gestantes fueron convivientes.

Los otros autores consultados no refirieron esta variable en sus estudios

TABLA 1b. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

La ecografía obstétrica ha completado casi 55 años de uso desde que por primera vez, el Dr. Donald la aplicó para estudiar los ecos provenientes del cráneo fetal. El ultrasonido obstétrico en la actualidad, ha pasado de ser una simple herramienta para verificar que el feto este vivo para convertirse en un instrumento fundamental en el diagnóstico prenatal temprano facilitando la terapia fetal in útero que busca disminuir las complicaciones asociadas a la patología fetal; gracias a los avances tecnológicos en las aplicaciones del ultrasonido, así como la mejoría de la resolución en sus imágenes ²¹.

En relación a las características obstétricas halladas en nuestro estudio, se observó que destacaron con 52.2% las primíparas \leq 12 semanas, mientras que las nulíparas prevalecieron en mayor porcentaje con 46.4% para las gestantes de \geq 13 a 20 semanas.

En forma semejante, Ormeño ¹⁹, en su estudio halló que la mayor cantidad de gestantes fueron nulíparas con 63.2 % frente a multíparas con 36.8%.

Ferlín y colaboradores ²², hallaron en su investigación un 48% en gestantes nulíparas, 37% para primíparas y 35% para gestantes multíparas.

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y mejoramiento de las ya disponibles se ha visto un proceso de transformación en el abordaje del cuidado prenatal, enfocándose hacia el diagnóstico prenatal temprano a partir de la semana 12 de gestación en pro del mejoramiento del pronóstico fetal ²³.

Con respecto a la semana de Inicio del Control Prenatal, en las gestantes con < 12 semanas se obtuvo que el total de ellas inició el control antes de las 12 semanas de gestación y para el grupo > 13 a 20 semanas se tuvo un 96.4% de gestantes que iniciaron su control antes de las 12 semanas.

Resultados obtenidos por Ylatoma y Flores ²⁰, demostraron que el inicio de la atención prenatal fue predominante en el segundo trimestre con 51.60% y 25.8% para el primer trimestre.

El periodo de la gestación donde es de mayor importancia la realización de la ecografía es la primera mitad del embarazo ²¹.

Tabla 2. EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

La **edad gestacional** se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo ¹³.

En el estudio que presentamos, en el total de la muestra la edad gestacional que predominó fue la de \leq 12 semanas con 62% (46).

Según el estudio realizado por el Instituto Sanjay Gandhi de Postgrado en Ciencias Médicas ¹⁴ del total de sus pacientes estudiadas, tuvieron diagnóstico antes de las 20 semanas (33,8%)

Así mismo, los investigadores Windrim, Athaide, Gerster y Kingdom ¹⁵, refieren mayor predominio de edad gestacional de 18 a 20 semanas (no reportan porcentaje exacto).

Mientras que en la revisión bibliográfica que realizó Cargill et col ¹⁶, se evidenció que sus participantes –mayormente- tenían 18 semanas al momento del estudio.

TABLA 3a. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: HEMATOMA.

El periodo de la gestación donde es de mayor importancia la realización de la ecografía constituye el primer trimestre ya que en este se valora, localización, cantidad de sacos o embriones, reacción decidual, corionicidad, además de permitir la realización de los marcadores del primer trimestre (11 – 13 6/7 sem). Siendo la ecografía transvaginal, la vía de elección por la calidad de imágenes obtenidas, también puede ser realizada por sintomatología materna como dolor pélvico y hemorragia ²¹.

Se presentó en nuestro estudio que el hematoma Retrocorial y Subcorial sólo se presentaron en gestantes \leq 12 semanas con un 41.3% y 2.2% respectivamente; mientras que el hematoma Retroplacentario sólo se presentó en gestantes \geq 13 a 20 semanas con un 17.9%.

Similar resultado que menciona Bushtyreva y colaboradores ²⁴ en su investigación con resultados en gestantes de 6 a 12 semanas donde se encontró a 115 mujeres con hematoma subcoriónico, demostrando que la

presencia de éste hematoma afecta negativamente en la primera mitad del embarazo.

En un estudio retrospectivo de Burak y colaboradores ²⁵ durante el primer trimestre, se halló que la incidencia de hematoma subcorial fue de 1.7%.

Según Rodríguez ²⁶ en Cuba el índice de hematoma retroplacentario es entre 0.5 y 1.5% de todas las embarazadas; refiere además que el hematoma retroplacentario constituye una de las complicaciones más riesgosas del embarazo, por lo que propone sea una de las búsquedas más frecuentes en el estudio de la gestante con el ecógrafo.

Asimismo, Hasburn y colaboradores ²⁷ mencionan en su estudio que el hematoma subcoriónico en el embarazo es muy infrecuente, aún detectado con la ayuda de un ecógrafo, pero tiene alto riesgo perinatal. La incidencia fue 1 caso de 1100.

TABLA 3b. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: INSERCIÓN PLACENTARIA.

La placenta se desarrolla en el útero durante el embarazo. Esta estructura similar a una bolsa le provee alimento y oxígeno al feto en gestación. Además, elimina los productos de desecho de la sangre del feto. La placenta es expulsada después del parto. Durante el embarazo, la placenta cambia de ubicación a medida que el útero se expande y crece. Es muy normal que se encuentre baja en el útero durante las primeras etapas del embarazo. Sin

embargo, a medida que el embarazo avanza, la placenta generalmente se desplaza hacia la parte superior del útero ²⁸.

En todos los estudios prenatales se debe evaluar la localización, tamaño, morfología y ecoestructura de la placenta así como el área retroplacentaria. La placenta se visualiza de la semana 8 hasta la 20 con una textura uniforme y un grosor entre 2-3 cm. Después de la semana 20 se observa dishomogénea, con un grosor entre 4-5 cm, áreas sonoluscentes, depósitos de fibrina, lagos venosos, quistes subcoriónicos ²⁹.

En nuestro informe, evidenciamos que la placenta de inserción posterior predominó con 97.8% en ≤ 12 semanas, la placenta de inserción anterior tuvo mayor porcentaje en ≥ 13 a 20 semanas con 32.1%. Mientras que la placenta de inserción baja se presentó en su mayoría en gestantes de ≥ 13 a 20 semanas con 10.7 % y la placenta de inserción baja que cubre OCI sólo se observó en ≥ 13 a 20 semanas con 3.6%.

Arreaga y colaboradores ³⁰, en su estudio desarrollado encontraron que el 6.38% de gestantes presentaron placenta de inserción baja, detectadas en el primer trimestre de gestación y que llegaron a término.

Similar dato muestra Guisado ³¹ en su investigación, determinando que la placenta de inserción baja se encontró en un 10.9% de todas las pacientes a quienes se les había realizado ecografía de control en el primer trimestre.

TABLA 3c. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: MIOMA UTERINO.

Los miomas o fibromas uterinos son lesiones ubicadas principalmente en el útero (matriz) y menos frecuentemente en los anexos (trompas y ovarios); son tumores benignos, que con mayor frecuencia se sitúan en el útero ³².

Los miomas son frecuentemente asintomáticos; en un 50% de mujeres serán un hallazgo casual en la ecografía realizada por otra causa. En los casos sintomáticos, la clínica dependerá del tamaño, localización y número de los miomas ³³.

Se suele hacer una ecografía transvaginal o una ecografía pélvica para confirmar el diagnóstico de mioma uterino. Si se confirma luego se realiza una endoscopia uterina con toma de biopsia ³⁴

Al analizar la presencia de miomas, se halló que el mioma intramural predominó con 19.6% en \leq 12 semanas, mientras que el mioma subseroso y submucoso sólo se presentó en \leq 12 semanas con 8.7% y 2.2% respectivamente. Al análisis estadístico se observó no se existe asociación significativa.

Resultados similares se encuentran en el estudio de Ferlin y colaboradores ²², donde se destaca que el leiomioma intramural es el tipo más común embarazo, que corresponde a 56% de los casos, seguido de subserosos 36% y de la submucosa 8%.

Así mismo Laughlin y colaboradores ³⁵, hallaron en su investigación un 42% para el mioma subseroso y 35% para el intramural, siendo éstos los más comunes, seguidos por el mioma submucoso con 17% para gestantes que cursaban el primer trimestre de gestación. El tamaño medio de leiomioma de las mujeres era 2,3cm.

Según Gonzales ³⁶, casi todos los miomas detectados por ecografía (95%) son subserosos o intramurales y sólo el 5% son submucosos.

En el estudio de Akdag y colaboradores ³⁷, se menciona que los miomas son los tumores benignos más frecuentes del útero; sin embargo, sólo 1% a 4% de las mujeres fueron diagnosticadas con mioma durante el embarazo. Aunque la mayoría de los miomas no causan ningún problema durante el embarazo.

TABLA 3d. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: QUISTE LUTEÍNICO

El quiste del cuerpo lúteo se desarrolla debido a la formación de un hematoma o para la obtención de líquido suero hemático en el cuerpo lúteo después de que la ovulación se ha producido. Los quistes lúteos son generalmente únicos y en la mayoría con un diámetro de 4-5 cm.

Además del **examen físico**, se hace uso del **examen de ultrasonido**.⁴⁰

En nuestro estudio encontramos que el quiste luteínico sólo se presentó en \geq 12 semanas predominantemente en el ovario derecho con 8.7%. No se encontró asociación significativa.

Yakasai y colaboradores ⁴¹, en su estudio indican que el cuerpo lúteo persiste en el segundo trimestre en 13 a 17 % de todas las masas anexiales quísticas. La asociación tumor anexial y embarazo encontrada por Tapia y y colaboradores ⁴², fue 1 en 424 embarazos, encontrando al quiste lúteo en un 3.84% entre las 12 y 20 semanas posterior a la evaluación ecográfica; indica además que la mayoría de los tumores anexiales durante el embarazo son asintomáticos.





**CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

1. Con respecto a las **características personales** de las participantes en el estudio prevaleció el grupo etario entre 30 a 34 años en gestantes ≤ 12 semanas y ≥ 13 a 20 semanas; el estado civil más frecuente fue el de conviviente en gestantes con ≤ 12 semanas y casado para gestantes de ≥ 13 a 20 semanas. En relación a las **características obstétricas** destacó en cuanto a la paridad, las primíparas en gestantes ≤ 12 semanas, mientras que fueron las nulíparas en las gestantes de ≥ 13 a 20 semanas. El total de las gestantes ≤ 12 semanas iniciaron el control prenatal antes de las 12 semanas; aunque por mínima diferencia en relación a las gestantes ≥ 13 a 20 semanas.

2. En cuanto a las **patologías más frecuentes** diagnosticadas por ecografía; el tipo de hematoma más frecuente en gestantes ≤ 12 semanas fue retrocorial y en gestantes ≥ 13 a 20 semanas fue el hematoma retroplacentario . Se presentó inserción de placenta posterior y anterior en ambos grupos. En cuanto al diagnóstico de mioma que predominó fue el intramural en ≤ 12 semanas, mientras que el subseroso y submucoso sólo se presentaron en ≤ 12 semanas. También se encontró quiste luteínico en gestaciones ≥ 12 semanas.

RECOMENDACIONES

A los Obstetras:

- ❖ La ecografía en la primera mitad del embarazo, es una herramienta valiosa que permite confirmar el estado del feto, detectar complicaciones maternas y predecir el resultado del embarazo; por ello se sugiere al profesional de Obstetricia mantener y profundizar el concepto de interpretar la ecografía dentro de un contexto clínico para confirmar el diagnóstico, utilidad y así lograr aminorar riesgos.
- ❖ Implementar un libro de registro de las patologías halladas por ecografía, con el fin de establecer la incidencia de las mismas en la Institución.
- ❖ Realizar estudios descriptivos –en mayor número de casos y tiempo- de las patologías más resaltantes diagnosticadas por ecografía y relacionarlas haciendo seguimiento con las repercusiones que se podrían presentar en el transcurso del embarazo y en el binomio materno – fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huamán L, Moran L, Valor de predicción precoz del sexo fetal mediante el empleo de la ultrasonografía por evaluación del Tubérculo genital en gestantes entre la 11^o y 14^o semana. Centro de apoyo al diagnóstico médico "Medical". Lima 2014.
2. Casas D, Rodríguez A, Galeano C, Quiroz L, Reséndiz S, Ultrasonido en el primer trimestre del embarazo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 497-504 497
3. Burgos D, Martínez P, Pérez J, Crespo A, Santacruz B, Illescas T et al. Determinación del sexo fetal en el primer trimestre de la gestación: estudio prospectivo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010; 75(2): 117-123.
4. Perea R, Rodriguez D. Texto guía en ecografía obstétrica, para el desarrollo de programas de educación médica continuada en ultrasonido obstétrico de la Unidad de Medicina Maternofetal del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Departamento de Obstetricia y Ginecología. Especialidad en Obstetricia y Ginecología Bogotá, D.C. 2013.
5. Nazario C, Ventura J, Flores E, Ventura W. La importancia de la ecografía a las 11+0 a 13+6 semanas de embarazo: actualización. An. Fac. med. v.72 n.3 Lima jul./set. 2011.
6. Durán Rodríguez FJ. Seguimiento ecográfico del embarazo normal. EuroEco 2010;1(1):10-15. Ecografía ginecológica y obstétrica Seguimiento ecográfico del embarazo normal Javier Durán Rodríguez Centro de Salud de Socuéllamos (Ciudad Real) Marzo, 2010 Volumen 1, número 1

7. Ecografía Práctica en Obstetricia y Ginecología.[Texto] Curso básico de ecografía de la SESEGO. Escuela española de ultrasonidos en obstetricia y ginecología, 2004.
8. Caballero M. Valor de la medición del cerebelo y fémur para el diagnóstico de edad fetal en el tercer trimestre de embarazo” Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”. Guayaquil, Febrero de 2011
9. Protocolo screening ecográfico fetal. Servicio de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona Julio 2013
10. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N°105 – MINDA/DGSP.V.01 Diciembre 2013.
11. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. [350] p.4 Módulo II; tab; ilus.
12. International Journal of Biomedicine 5(3) (2015) 137-140 doi: 10.21103/Article5(3)_OA5 Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice Society for Maternal-Fetal Medicine (Noviembre de 2013). [En línea]. «Definition of gestational age», «Definición de edad gestacional» (en inglés). [Consultado el 16 de agosto de 2016]. Washington, DC. USA. Disponible en: <https://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Definition-of-Term-Pregnancy&prev=search>

14. Instituto Sanjay Gandhi de Postgrado en Ciencias Médicas. La ecografía fetal en la detección de malformación congénita en un país en desarrollo: experiencia en un centro de tercer nivel en la India, "Diario de Embarazo, vol. 2015, ID del artículo 623059, 9 páginas, 2015. doi: 10.1155 / 2015/623059
15. Windrim C, Athaide G, Gerster T, Kingdom, J. Los hallazgos ecográficos y los resultados clínicos en Las mujeres con hematoma masivo subcorial detectado en el segundo trimestre. Journal of Obstetric and Gynaecology-Canadá. 2011;33(5):475–479
16. Cargill Y, Morin L, Content of a Complete Routine Second Trimester Obstetrical Ultrasound Examination and Report, Journal of Obstetric and Gynaecology-Canadá 2011;31(3):272–275.
17. Nicolaides K, Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks, Prenat Diagn 2011. London, UK.
18. Delgadillo A, “Valor Predictivo del diagnóstico Ultrasonográfico en la detección de anomalías congénitas más frecuentes en gestantes de 11 a 14 semanas atendidas en la Unidad Básica de Atención Primaria de Salud - Barranco (Ubap-Essalud) durante el periodo enero – marzo del año 2013” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2015.
19. Ormeño G. Cálculo de Edad gestacional mediante ultrasonografía por evaluación de la medida del cerebelo fetal en gestantes entre las 19 y 25 semanas. Clínica Santa Luzmila. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Julio – setiembre 2014. Perú.

20. Ylatoma C. Flores M. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma en el embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, Junio – Setiembre. 2012. Tarapoto – Perú.
21. Callen P. [Texto]. Ecografía obstetricia y ginecología, El sevier, 2009
22. Ferlin R, Mós Vaz-Oliani D, Oliani A, Jordão J, Mauad F, Cunha A. Leiomiomatose uterina na gravidez: o papel da ultrassonografia no diagnóstico e acompanhamento das gestantes. Uterine fibroids in pregnancy: the role of ultrasound in diagnosis and monitoring of pregnant wo. Revista brasileira de ultrassonografia: rbus / sociedade brasileira de ultrassonografia. - Ed. 16 (marc. 2014) Editor: sociedade brasileira de ultrassonografia
23. Nicolaidis K, A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 weeks' assessment, Prenat Diagn 2011
24. Bushtyрева I, Kuznetsova N, Barinova V, Kovaleva A, Dmitrieva M. Los resultados del embarazo en mujeres embarazadas con el subcorial Hematoma.
25. Burak Z. Utilidad del primer trimestre ecografía antes de las 11 semanas de Gestación. Women's Health Education and Research Hospital, Hamamonu, Ankara, Turkey. International Scholarly Research Network ISRN Obstetrics and Gynecology Volume 2012, Article ID 308759, 6 pages oi:10.5402/2012/308759
26. Rodríguez G. Hematoma Retroplacentario. Hospital Materno Infantil 10 de Octubre. Ciudad habana. Cuba. 24/03/2007

27. Hasbun J, Morales C, Conte G, Blumel B, Muñoz H. Trombohematoma subcoriónico masivo: Una patología Placentaria emergente. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. REV CHIL OBSTET GINECOL 2010; 75(5): 329 – 338.
28. Healthline Media. [En línea]. Placenta baja (placenta previa) Información general. [Consultado el 20 de setiembre de 2016]. USA. Disponible en: <http://es.healthline.com/health/placenta-baja-placenta-previa#Informacióngeneral1>
29. Soler P, De Lorenzo J. [En línea]. Ecografía de la Placenta, Cordón Umbilical y Líquido Amniótico. Evaluación ecográfica de la placenta, 2016. España. [Consultado el 09 de setiembre de 2016]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/libros/libro_sesego_2012_parte_2.pdf
30. Arreaga I, Hernández M. Morbilidad y mortalidad materno perinatal en las pacientes con placenta previa. Guatemala enero 2015. Escuela de estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Maestría en ciencias médicas con especialidad en ginecología y obstetricia Enero 2015.
31. Guisado C. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo Enero-Setiembre 2015 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins. Perú.
32. Cano E. [En línea]. Miomas uterinos visualizados por ultrasonido. Guatemala. [Consultado el 21 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://edsoncano.com/miomas-uterinos-visualizados-por-ultrasonido/>
33. Pérez E, Arias M, Kazlauskas S. [En línea]. Patología tumoral benigna del cuerpo uterino: mioma y patologia endometrial. Capítulo 32

- [Consultado el 21 de setiembre de 2016]. SEGO. España. Disponible en:
http://www3.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/32-Patologia_tumoral_benigna_del_cuerpo_uterino_Mioma_uterino_y_patologia_endometrial.pdf
34. Salud en la Mujer [En línea]. Mioma Uterino [Consultado el 21 de setiembre de 2016]. España. Disponible en:
http://www.tuotromedico.com/temas/mioma_uterino.htm
35. Laughlin S, Baird D, Savitz, D, Herring A, Hartmann K. Prevalence of Uterine Leiomyomas in the First Trimester of Pregnancy: An Ultrasound Screening Study. *Obstetrics and Gynecology*, 2012.113(3), 630–635
Author manuscript; available in PMC 2012 Jun 27. USA.
36. González C. Mioma uterino gigante y embarazo. Servicio Maternidad “Concepción Palacios”, *Rev Obstet Ginecol Venez Caracas* 2010;69(2):111-114
37. Akdag D. et al. Laparoscopic Resection of a Torsed Big Myoma at 16th Weeks of Gestation. Article · April 2016 with 6 Reads. DOI: 10.21613/GORM.2016.116
38. Healthline Media. [En línea]. Placenta baja (placenta previa) Información general. [Consultado el 20 de setiembre de 2016]. Disponible en:
<http://es.healthline.com/health/placenta-baja-placenta-previa#Informacióngeneral1>
39. Soler P, De Lorenzo J. [En línea]. Ecografía de la Placenta, Cordón Umbilical y Líquido Amniótico. Evaluación ecográfica de la placenta, 2016. [Consultado el 09 de setiembre de 2016]. Disponible en:
http://www.sego.es/Content/pdf/libros/libro_sesego_2012_parte_2.pdf

40. Health Encyclopedia. Quistes ováricos funcionales. NorthShore University HealthSystem. [En línea]. 2016. [Consultado el 09 de setiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=hw181644&Lang=es-us>
41. Yakasai I, Bappa L. Diagnosis and Management of Adnexal Masses in Pregnancy. Journal of Surgical Technique and Case Report. 2012;4(2):79-85. Doi:10.4103/2006-8808.110249.
42. Tapia M, Orellana R, Cisterna P. et. al. Tumores anexiales y embarazo. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 70(6): 391-394.





**“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNÓSTICADAS POR ECOGRAFÍA
OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS
EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA.
ENERO – MARZO 2015”**

DISTRIBUCION DE χ^2

Grados de libertad	Probabilidad											
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001	
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83	
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82	
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27	
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47	
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52	
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46	
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32	
8	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12	
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88	
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59	
	No significativo								Significativo			

“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

ANEXO

SEXO FETAL DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Sexo fetal	≤ 12 semanas		≥ 13 a 20 semanas		TOTAL		ch ²	gl = 2 p < 0.05
	N°	%	N°	%	N°	%		
• <i>Masculino</i>	2	4.3	12	42.9	14	18.9	32.382	0.000000
• <i>Femenino</i>	4	8.7	10	35.7	14	18.9		
• <i>No se evidencia</i>	40	87.0	6	21.4	46	62.2		
TOTAL	46	100.0	28	100.0	74	100.0		

Se observa que el sexo masculino se diagnosticó predominantemente en gestantes ≥ 13 a 20 semanas con 42.9% y el sexo en su mayor porcentaje no se evidenció en gestantes ≤ 12 semanas con 87.0%.

Se encuentra asociación significativamente estadística entre el sexo fetal y las semanas de gestación.

“PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015”

**GRÁFICO DE ANEXO
SEXO FETAL DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

