



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 20**

TIJUANA BAJA CALIFORNIA

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CAUSAS DE INGRESO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS AL SERVICIO
DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA NO. 20 IMSS TIJUANA B.C.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD
URGENCIAS MEDICO QUIRÚRGICAS

INVESTIGADOR:
SANDRA GUADALUPE CONTRERAS MACEDO
MATRÍCULA: 98020726

ASESOR: DR. FRANCISCO JAVIER CISNEROS LOPEZ
Director del Hospital General Regional No. 20 Del IMSS

ASESORA ESTADÍSTICA: DRA. SELENE GONZÁLEZ ÁVILA
Médico Internista Adscrito al Servicio de Urgencias

TIJUANA BAJA CALIFORNIA, FEBRERO 2015.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios en primera instancia, como debe de ser, por ese libre albedrío que me permitió estar aquí hoy en mi preparación como urgencióloga.

A mi esposo Jesús, el amor de mi vida; haciendo que estos tres años no fueran del todo difíciles, por su amor incondicional y apoyo en todo lugar y momento. Un escaloncito más en nuestras vidas.

A mis padres Luz y Francisco, por guiar mi camino, el soporte brindado a esta mujer terca que tienen por hija. Por esos mensajes de preocupación a toda hora, y que pesar de no entender lo que significa preguardia, postguardia o guardia, reflejaban su inquietud en cuanto a mis pocas horas de sueño o mis horarios de comida.

Y a mis hermanos Mayra y Francisco Jesús, esos loquitos que han hecho mi vida más divertida y por sus ojos de asombro al escuchar las historias de hospital.

ÍNDICE

PORTADA.....	1
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO	5
HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.....	5
TRAUMA EN EL EMBARAZO	9
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ASOCIADA AL EMBARAZO	11
SINDROME DE HELLP	12
SEPSIS.....	13
CETOACIDOSIS DIABETICA.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
HIPÓTESIS:.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
DEFINICIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
RESULTADOS.....	23
CONCLUSIONES.....	32
DISCUSIÓN.....	32
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	35

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar las causas de ingreso de pacientes embarazadas o en puerperio al servicio de urgencias del HGR No. 20 de Tijuana Baja California del IMSS, durante el periodo Enero 2013 - Diciembre 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio descriptivo realizado en el HGR No. 20 de Tijuana Baja California (IMSS), del servicio de Urgencias el cual se divide en cuatro unidades principales: filtro, ambulancias, choque y observación.

La información de este estudio fue obtenida por medio de la captura de pacientes que ingresen por causa obstétrica (embarazo o puerperio) al servicio de urgencias del HGR No. 20, enviadas en su mayoría del UMF No.7 provenientes del servicio de Ginecología y Obstetricia, y seguimiento de cuales son egresadas de la unidad, y cuáles de ellas ingresan a los diferentes servicios de hospitalización de especialidad con los que cuenta esta unidad siendo estos: Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Interna y Cirugía General.

HIPÓTESIS:

No amerita hipótesis por ser un estudio descriptivo.

Palabras clave: pacientes obstétricas, embarazo, puerperio, urgencias, tratamiento médico.

INTRODUCCIÓN

Se define urgencia a todo hecho o accidente que requiere acción inmediata. Los padecimientos obstétricos pueden ocurrir en lugares que presenten poca infraestructura, los cuales pueden asociarse a morbilidad materna. Las estadísticas mundiales reportan que cada año fallecen medio millón de mujeres por embarazo o parto, así mismo 15 de cada 100 mujeres que se embarazan, anualmente desarrollan complicaciones que ponen en riesgo la vida.¹

A continuación se mencionaran las urgencias obstétricas más frecuentes.

HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Esta es una de las causas más frecuentes de consulta durante el embarazo. Esta se define como la hemorragia antes de la semana 20 de gestación, teniendo una incidencia del 21 al 27%. El origen del mismo es materno y no relacionadas al producto, siendo diagnóstico clínico de primera instancia, basándose en las características del sangrado así como valorar la edad gestacional. Los diagnósticos diferenciales deben incluir aborto (amenaza de aborto, aborto incompleto o completo, aborto retenido, aborto inevitable), embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica.^{1,2}

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Esta constituye la primera causa de mortalidad materna a nivel mundial, se estima de acuerdo a estadísticas internacionales que se complican en un 5 a 10% de los embarazos y siendo responsables de un 10 a 15% de todas las defunciones de esta naturaleza. A pesar de un control prenatal adecuado y una atención temprana, las hemorragias obstétricas en el Instituto del Seguro Social ha ocupado el segundo lugar como causa de mortalidad materna desde

hace 10 años, que comparado con Estados Unidos de América en donde la hemorragia obstétrica masiva representa el 11 al 13% de las causas de mortalidad materna y es por porcentajes reportados menor a la nuestra. Las causas más frecuentes de sangrado en estos trimestres son: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, pérdida asociada a incompetencia cervical o trabajo de parto prematuro, vasa previa y rotura uterina.^{1,}

3

EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN EL EMBARAZO

Embarazo ectópico

Este se define como un embarazo que ocurre fuera de la cavidad uterina considerado como de alto riesgo por su alta asociación a morbimortalidad materna. El embarazo ectópico roto es una emergencia quirúrgica verdadera, es la causa principal de muerte relacionada al embarazo en el primer trimestre en los Estados Unidos, representando el 2% en todos los embarazos.^{2,4}

El embarazo ectópico es causa de ingreso de las mujeres que se presentan en el servicio de urgencias con sangrado en el primer trimestre y dolor abdominal, con una prevalencia del 18%, por lo cual cualquier paciente en edad fértil que se presente con dolor abdominal debe de realizarse prueba de embarazo en sangre. Los hallazgos físicos que aumentan la probabilidad diagnóstica son el sangrado transvaginal, dolor pélvico con la manipulación del cuello uterino y masa anexial palpable. Los exámenes más rentables para llegar al diagnóstico con el ultrasonido (US) transvaginal y prueba de gonadotropina coriónica humana, con valores de esta mayor de 1500 a 2000 mIU/ml nos brinda una sensibilidad aproximada de 96% y

especificidad de 97% para el diagnóstico. Se debe de tener en cuenta la posibilidad de un embarazo heterotópico o gestaciones múltiples en aquellas pacientes con niveles de gonadotropina coriónica humana por arriba de los niveles ya comentados. Los factores de riesgo para presentar esta enfermedad son: antecedente de cirugía tubárica, embarazo ectópico previo, infecciones del tracto genital o la exposición uterina de dietilestradiol. Otros son historia de infertilidad, tabaquismo, esterilización y embarazo a pesar de uso de dispositivo intrauterino (DIU).^{2,4}

En cuanto al manejo, si la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, debe de realizarse laparotomía de urgencia. La localización más frecuente de un embarazo ectópico es la trompa de Falopio, y los menos comunes con abdomen, ovario y cérvix. En el caso de que este sea un embarazo roto estable, puede utilizarse metrotexate o el tratamiento quirúrgico es una salpingostomia sin diferencia en cuanto a la efectividad y complicaciones.^{2,4}

Apendicitis

La apendicitis es la urgencia quirúrgica no obstétrica más común en el embarazo, ocupando el 25% de las indicaciones no obstétricas de cirugía y complicando uno de cada 1,500 embarazos. Es más frecuente en el segundo y tercer trimestre. La incidencia de perforación en embarazo es de 43% comparado con el 4 a 19% en pacientes no obstétricas, y esta última se asocia pérdida fetal en un 36%, existe una relación directamente proporcional entre edad materna y mortalidad. La localización del dolor en cuadrante inferior derecho, de tipo cólico acompañado de anorexia, náusea y vómito, así como fiebre en un 25% de los casos. El ultrasonido es el examen de elección, mostrando el apéndice inflamado o un absceso periapendiceal. Se indica intervención quirúrgica inmediata al confirmarse el diagnóstico de apendicitis.⁴

Colecistitis aguda

Es la segunda urgencia quirúrgica no obstétrica más común en el embarazo, afectando a uno de cada 1,600 a 10,000 embarazos. Más del 90% es causado por la obstrucción del conducto cístico por cálculos biliares o lodo biliar. Los factores de riesgo para la formación de cálculos biliares son: edad, género, obesidad y antecedentes familiares. Esta entidad se presenta con dolor en cuadrante superior derecho con irradiación hacia espalda o escapula, anorexia, náusea, vómito y fiebre, así como intolerancia a alimentos grasos. A la exploración física se puede encontrar cuadrante superior derecho sensible a la palpación. Es importante la toma de laboratorios, incluyendo cuenta plaquetaria y pruebas de función hepática, así como tiempos de protrombina, los cuales son importantes para descartar HELLP. La paciente debe ser evaluada por medio de ultrasonido, la detección de cálculos es confiable en un 95-98% de los casos, los hallazgos ultrasonográficos más predominantes son: edema de pared >3 mm, líquido perivesicular, cálculos y signo de Murphy ultrasonográfico. El tratamiento generalmente es conservador con retraso de la colecistectomía para realizarse de forma electiva hasta después de la resolución del embarazo. Cuando el tratamiento conservador fracasa o se requieren hospitalizaciones repetidas, se realiza la colecistectomía. Las complicaciones más graves incluyen colangitis o pancreatitis en cuyo caso la mortalidad materna se acerca en un 15% y pérdida fetal en un 60% de los casos.⁴

Obstrucción intestinal

Esta es la tercera emergencia quirúrgica no obstétrica más común, ocurriendo en uno de cada 1,500 a 3,000 embarazos. Las adherencias son la causa más frecuente con un 60% y los vólvulos en un 25%. Los síntomas pueden enmascarse con el embarazo normal, tales como dolor abdominal de tipo cólico, náusea, estreñimiento y vómito. En caso de sospecharse debe

de realizar una placa simple de abdomen en dos posiciones, observándose niveles hidroaéreos y dilatación de asas intestinales. Inicialmente se debe iniciar tratamiento con las medidas conservadoras que incluyen la descompresión intestinal por medio de sonda nasogástrica, reposo intestinal, hidratación y reposición electrolítica. El tratamiento es quirúrgico en caso de signos de irritación peritoneal, fiebre, taquicardia, sospecha de perforación o isquemia intestinal. Con laparotomía en estas situaciones la mortalidad fetal es de 25% con mortalidad materna hasta de 6%.⁴

Torsión anexial

Esta tiene una incidencia de uno de cada 5,000 embarazos complicados con masas anexiales. El riesgo de torsión anexial es mayor cuando el tumor mide de 8 a 12 cm; una masa menor a 6 cm puede resolverse espontáneamente posterior al embarazo en un 70 a 85% de los casos. El embarazo predispone a la presentación de torsión anexial, ya que el útero al crecer empuja los ovarios hacia delante lo que favorece la torsión. La clínica de estas pacientes es el dolor pélvico, unilateral, que exacerba con los cambios de posición; en el 70% se palpa una masa anexal unilateral. Si se sospecha de la misma está indicado el ultrasonido doppler. El tratamiento es quirúrgico.⁴

TRAUMA EN EL EMBARAZO

El trauma es la causa más común de morbilidad y mortalidad de causa no obstétrica en el embarazo, complicando al menos 6 a 7% de todos los embarazos, según el Centro de Control y prevención de enfermedades de Estados Unidos. Es la principal causa de muerte en mujeres menores de 35 años, teniendo tasas de mortalidad de un 10 a 11%. La mortalidad fetal es de hasta un 65%, siendo las causas desprendimiento prematuro de placenta, lesión

fetal directa, pérdida fetal inexplicable, choque, coagulación intravascular diseminada y otras causas. Existe riesgo de lesión materna o fetal en trauma de un 10% durante el primer trimestre, 32 a 40% en el segundo trimestre y hasta un 50% en tercer trimestre. Los accidentes automovilísticos son la causa principal de las lesiones en un 55%, también puede relacionarse a violencia doméstica y asaltos en un 22%, trauma penetrante, caídas en un 22% y quemaduras 1%. La edad materna as común de presentar trauma es 24 años, y la edad gestacional media es 25 semanas.^{4,5}

Es difícil diagnosticar lesiones en pacientes embarazadas a razón de los cambios que ocurren durante el mismo; los signos importantes que deben de ser evaluados son: hipotensión, acidosis materna inicial, frecuencia cardíaca, presencia de leucocitosis, hemoglobina y saturación de oxígeno.

Las complicaciones más frecuentemente asociadas a esta entidad son parto pretérmino, aborto espontáneo y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, estas son secundarias a la presencia de sangrado intramiometrial, así como trastornos en la interfaz uteroplacentaria.⁵

Trauma directo

La transmisión de la presión a través del útero aumenta el riesgo de desprendimiento de placenta, complicando las heridas leves en 1 a 5%, y 40 a 50% de las lesiones importantes. La lesión placentaria y uterina inicia un proceso que puede desarrollar coagulación intravascular diseminada. La paciente refiere dolor abdominal, sangrado y lumbalgia. La cardiotocografía ha demostrado tener un valor predictivo negativo del 100% en casos de sucesos adversos.^{4,5}

Trauma penetrante

Causado principalmente por heridas por arma de fuego, seguido por objetos punzocortantes, siendo la incidencia de lesión de vísceras en un 16 a 38%, comparado con un 80 a 90% en población no embarazada. La cesárea en pacientes con lesiones de trauma está indicada: cuando el útero interfiere con las intervenciones quirúrgicas, reanimación cardiopulmonar por 4 minutos sin resultado y compromiso fetal con madre estable. ^{4,5}

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ASOCIADA AL EMBARAZO

La preeclampsia es una alteración multisistémica de origen desconocido y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial, afectando del 2 al 7% de las mujeres embarazadas nulíparas sanas. En países donde el control prenatal no es el adecuado la preeclampsia-eclampsia es la causa del 40 al 80% de las muertes maternas que se estiman en 50,000 mujeres por año. En México representa 30% de las pacientes con enfermedad hipertensiva asociada al embarazo y es la principal causa de muerte materna. Es definida como enfermedad multisistémica caracterizada por alteraciones en la perfusión orgánica generado por vasoespasmo continuo y alteraciones en la coagulación. Esta es diagnosticada después de la semana 20 de gestación y se resuelve posterior a 6-12 semanas del puerperio. Los factores de riesgo son: nuliparidad, edad materna extrema, exposición limitada al espermatozoide de la misma pareja, gestación múltiple, antecedentes personales de preeclampsia, hipertensión crónica, obesidad y embarazos con restricción en el crecimiento fetal. ⁶⁻⁹

Estos trastornos se dividen en: hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia; y preeclampsia que superpone a hipertensión crónica.^{6,7}

Eclampsia es una de las complicaciones más severas relacionadas con estados hipertensivos del embarazo, definido como la presencia de crisis convulsivas en ausencia de otro trastorno neurológico conocido. Estas convulsiones son el resultado vasoespasmo intracraneal severo, isquemia local e hipertensión intracraneana, por disfunción endotelial relacionada a edema de tipo citotóxico.⁹⁻¹¹

SINDROME DE HELLP

Este es un acrónimo acunado por Westein en 1982 a partir de las siglas en inglés: H (*hemolysis*, por anemia hemolítica microangiopática); EL (*elevated liver enzymes*, incremento patológico de enzimas hepáticas) y LP (*low platelet count*, trombocitopenia en sangre periférica). En la actualidad este término aún se aplica y se ha reconocido cada vez más como entidad que complica la evolución de pacientes tanto con preeclampsia como eclampsia.^{8,9}

El síndrome ocurre en 0.5 a 0.9% de todos los embarazos, y en un 10 a 20% de las pacientes con preeclampsia-eclampsia y se asocia a complicaciones perinatales e incremento de la mortalidad materna. Este es diagnosticado posterior a la semana 37 de gestación. Las complicaciones pueden ser intrahepáticas o multisistémicas, que sobrevienen el embarazo o puerperio. Estos son: hematoma subcapsular hepático no roto o con ruptura, trombosis hepática con isquemia secundaria, desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia obstétrica, desprendimiento de retina, infarto o hemorragia cerebral, hemorragia quirúrgica, hematoma o infección de la herida quirúrgica y la necesidad de transfusión sanguínea. La mortalidad materna relacionada a este padecimiento oscila entre 7.4

a 34%, asociado a complicaciones inherentes al curso de la enfermedad, las cuales incluyen hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda, sepsis, ruptura hepática y encefalopatía anoxo-isquémica.^{8,9}

SEPSIS

La predisposición en el embarazo a cuatro procesos infecciosos específicos: pielonefritis, corioamnioitis (incluyendo el aborto séptico), endometritis y neumonía. La bacteremia en el embarazo es relativamente común, relacionado en un 8-9% de los embarazos, sin embargo la progresión a sepsis severa o choque séptico es poco común. Los microorganismos frecuentemente asociados son gran negativos, gran positivos y aerobios, siendo los más comunes: E. coli, enterococos y Estreptococo beta hemolítico. La mayoría de las infecciones ocurre en el puerperio, en cuyo periodo la causa más frecuente de sepsis y sus complicaciones es la infección de las heridas quirúrgicas. Las manifestaciones clínicas incluyen los signos de respuesta inflamatoria sistémica, seguido de coagulopatía, vasoplejía y relación a disfunción orgánica, además de aquellas relacionadas al origen inicial de la sepsis.^{9-11.}

CETOACIDOSIS DIABÉTICA

La cetoacidosis diabética (CAD) es un estado de descompensación metabólica grave caracterizada por sobreproducción de cuerpos cetónicos y cetoácidos que se desplazan al torrente sanguíneo y ocasionan acidosis metabólica. Los criterios de diagnóstico para esta entidad no difieren en la paciente embarazada a aquellos descritos para la población general. Uno de los efectos durante el embarazo en esta enfermedad puede ser la pérdida fetal,

reportándose en la literatura hasta en un 9%. Existe poca bibliografía relacionada a esto, más se ha encontrado una correlación mayor entre cetoacidosis diabética y estado mental alterado en pacientes embarazadas. Los factores precipitantes más frecuentes para el desarrollo de la misma son emésis, simpaticomiméticos, además de diabetes mellitus no diagnosticada previamente. La presentación clínica: hiperventilación, estado mental alterado, debilidad, deshidratación, vómito y poliuria. ^{12,13}

Por laboratorio se ha documentado niveles inferiores de 200 mg/dl y diagnóstico de CAD, aunado a acidosis metabólica con pH inferior a 7.30 con descenso de niveles de bicarbonato inferiores a 15 mEq. El tratamiento se encuentra basado en reanimación hídrica con 1000 a 2000 ml/hr además de infusión de insulina a 0.1 U/kg/hr con descenso de niveles de glucosa no mayores a 50-75 mg/dl por hora. ¹²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas de ingreso al servicio de urgencias en pacientes obstétricas en el HGR No. 20 del IMSS de Tijuana, Baja California en el periodo enero 2013 -diciembre 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar cuáles son las causas de ingreso al servicio de urgencias en pacientes obstétricas en el HGR No. 20 IMSS en Tijuana Baja California en el periodo enero-2013 - diciembre 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las causas más frecuentes de ingreso a urgencias de pacientes obstétricas en el servicio de urgencias del HGR No. 20 IMSS.
- Conocer si los envíos a esta unidad son urgencias reales en pacientes obstétricas.
- Conocer el tiempo de estancia en esta unidad, así como cuales de ellas son meritorias de ingreso a unidad de cuidados intensivos u hospitalización de esta unidad.

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna representa actualmente un problema de salud pública, y representa un problema en cuanto a la cobertura y la calidad de servicios médicos. Por esta razón así como por decreto presidencial, una mujer embarazada debe de ser atendida de primera instancia en cualquier centro hospitalario, además de recibir una atención médica prioritaria sin importar el tipo de padecimiento que está presente y que el nosocomio sea de atención especializada de Ginecología y Obstetricia. La muerte relacionada a problemas del embarazo, parto y puerperio, es un problema que todos aqueja a todos como nación, habiendo aun desigualdad en atención y de proporción de servicios de salud de calidad.

Por esto se decide la realización de este estudio, ya que el HGR No. 20 IMSS Tijuana no es un hospital de atención ginecobstétrica, mas sin embargo esto no demerita el ingreso de población obstétrica a esta unidad, ya sea por cercanía así mismo pacientes enviadas de otras unidades para continuar manejo especializado como los servicios de Medicina Interna y Cuidados Intensivos, y recibiendo de primera instancia atención medica en el servicio de Urgencias.

HIPÓTESIS:

No amerita hipótesis por ser un estudio descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo que será realizado en el Hospital General Regional No. 20 de IMSS en Tijuana Baja California. El estudio será realizado en el servicio de urgencias del HGR No. 20, que se divide en tres secciones: Filtro que son pacientes que acuden para atención de consulta y que acuden de forma voluntaria así como enviados por Unidades de Medicina Familiar para atención de segundo nivel (área de Ambulancias con dos cuartos de choque y Observación, el cual cuenta con 18 camas (3 aislados, 2 camas de estabilización y 13 camas generales). El hospital cuenta con un comité, el cual se encarga de la captura de datos así como el monitoreo de la atención medica brindada a pacientes obstétricas, con la finalidad de brindarle una atención de calidad y envié adecuado a las unidades correspondientes para su atención especializada.

La captura de estas pacientes será por medio del censo diario, elaborado diariamente en la entrega de guardia, con posterior revisión del expediente clínico, además de interrogatorio a la paciente. Los ingresos del año 2013, que también serán incluidos en este estudio, se capturarán por medio de la lista de envío de pacientes obstétricas de UMF No. 7 con riesgo ERI, las cuales se encuentran registradas en jefatura de urgencias y posteriormente la revisión del expediente médico en área de archivo del presente hospital. Se evaluarán las siguientes variables demográficas: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, antecedentes de padecimientos crónicos tales como hipertensión y diabetes; trimestre de embarazo, realización de cesárea, semanas de gestación y número de consultas prenatales.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de embarazo.
- Mujeres con diagnóstico de puerperio fisiológico (Inmediato: primeras 24 horas, Mediato: primeros 7 días del postparto vía vaginal o cesárea y tardío: 42 días).
- Mujeres con diagnóstico de puerperio quirúrgico (Inmediato: primeras 24 horas,

Criterios de exclusión:

- Pacientes con más de 42 días posteriores a la terminación del evento obstétrico.

Criterios de eliminación:

- Pacientes en quienes se descarte embarazo o puerperio durante la revisión.

DEFINICIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos	Años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento
Escolaridad	Cuantitativa	Grado escolar	Periodo de tiempo de estancia en escuela.
Edad gestacional	Cuantitativa	Semanas de gestación	Termino común usado en el embarazo para describir la edad del

			embrión o feto.
Puerperio	Cuantitativa	Días	Periodo que sigue inmediatamente al parto que se extiende hasta el día 40 de terminado el embarazo.
Control prenatal	Cuantitativa	No. De consultas	Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.
Urgencia	Cualitativa	Si no	Se refiere a todo hecho o accidente que requiere acción inmediata, y atención en área hospitalaria.
Trabajo de parto	Cualitativa	Si No	Es el conjunto de etapas (fase latente, activa y desaceleración) que tienen como objetivo el nacimiento del producto y la expulsión de los anexos.
Cesárea	Cualitativa	Si No	Tipo de parto via abdominal, con incisión quirúrgica a nivel abdominal, la cual se realiza cuando no es posible la terminación del embarazo via vaginal.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se acudirá inicialmente con los directivos de la Unidad médica para mostrar los objetivos de la investigación y solicitar su apoyo, posteriormente se localizará a la paciente obstétrica en área de urgencias, se les explicará los objetivos del estudio y se solicitara la firma en el formato de consentimiento informado (Anexo1); posteriormente se realizara a embarazada o en puerperio un cuestionario de que incluye datos de identificación y preguntas relacionadas con la identificación de los Factores de riesgo en embarazo (edad, escolaridad, nivel socio-económico y educativo, sitio de residencia estado civil (soltera, casada, unión libre), , edad de gestación, y otras comorbilidades, (Anexo 2)

Recolección de datos:

Se llevara a cabo por medio de la historia clínica (directa o indirecta) y revisión de expediente de cada paciente para corroborar la información.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

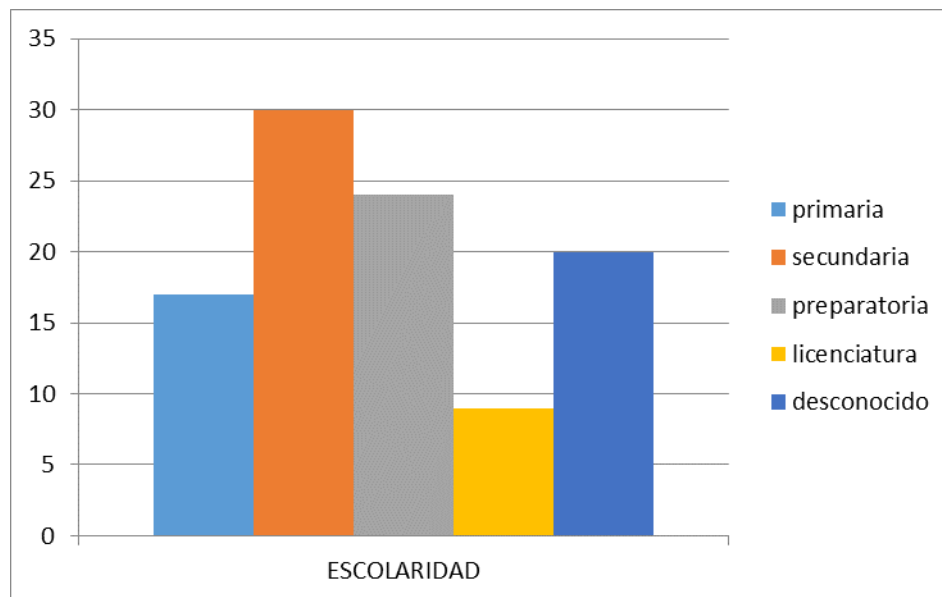
Se realizará estadística descriptiva, para el análisis de las variables, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Se utilizará estadística no paramétrica. La captura y el análisis de los datos, se llevara en el programa SPSS versión 20.

RESULTADOS

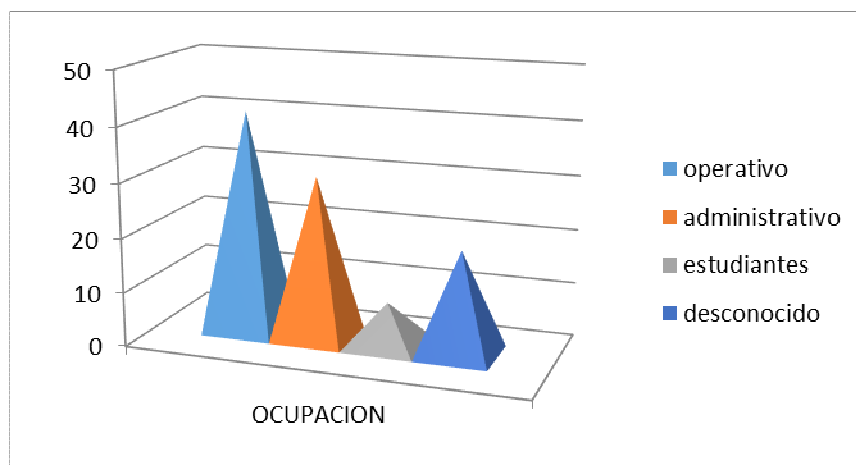
Dentro del tiempo de estudio se registró a un total de 103 pacientes, tres de ellas fueron excluidas por exceder con el criterio de tiempo para puerperio por lo que el análisis se hizo basado en las 100 pacientes que si cumplieron con los requerimientos para este estudio.

Las características demográficas de la población en estudio reveló que la edad mínima fue de 16 años y la máxima de 45 años con media de 26.11 ± 6.08 años.

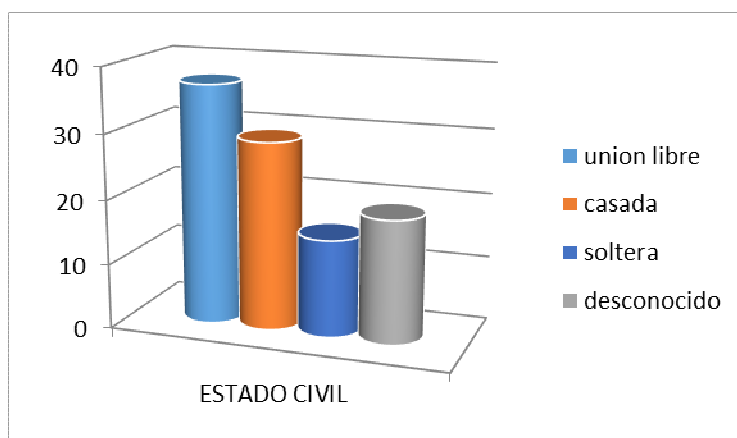
La escolaridad que se encontró con mayor porcentaje fue secundaria en 30% de las pacientes, seguido por preparatoria en el 24%, primaria en el 17%, licenciatura en el 9% y se desconocía en el 20% de las pacientes de este estudio.



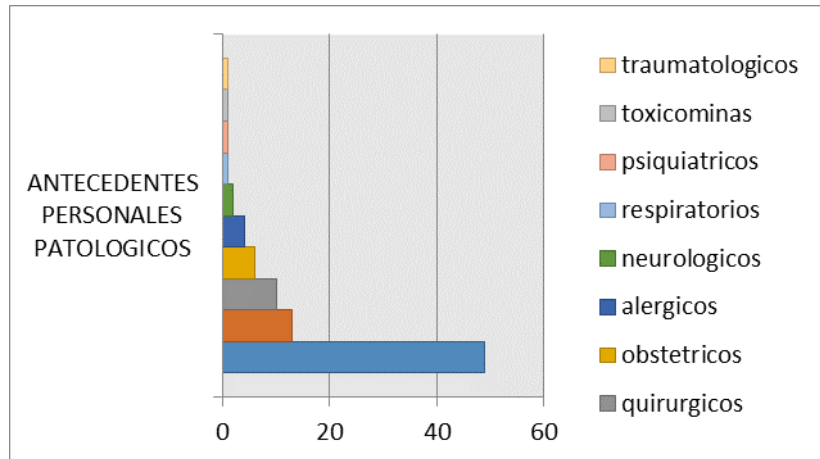
En cuanto a la ocupación de las mismas y por la variabilidad se englobaron en cuatro rubros, siendo el 41% de tipo operativo (empleadas de consorcio, trabajo en área maquiladora), 30% ama de casa, un 8% de tipo administrativo (secretarias, gerencia, administración), 2% estudiantes y 19% de ellas con desconocimiento de escolaridad.



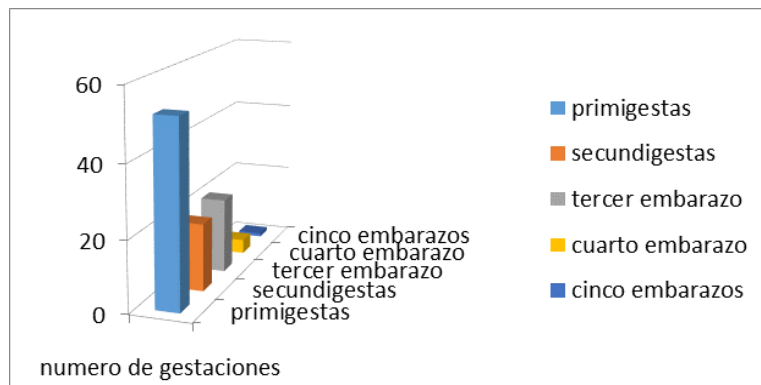
El estado civil, unión libre en la mayoría de mi población de estudio siendo el 37%, casada en un 29%, desconocido 19% y 15% solteras.



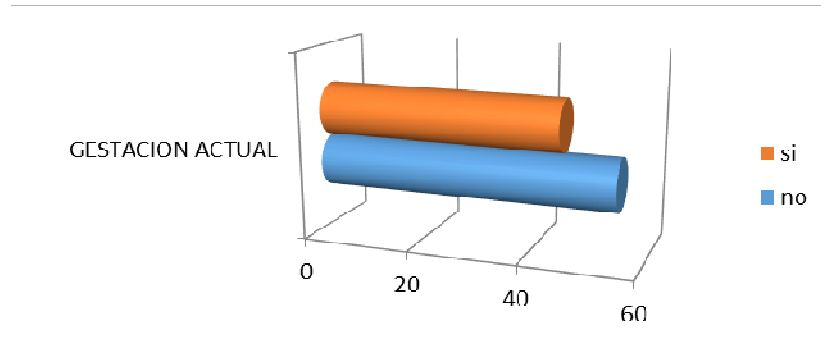
Respecto a los antecedentes personales patológicos, predominan los cardiovasculares con un 13% (mayormente Hipertensión arterial crónica en un 9% del total de los cardiovasculares), quirúrgicos en un 10%, obstétricos en un 6% siendo de pacientes que cursaron con estados hipertensivos del embarazo previos y reingresan por causas similares, alérgicos en un 4%, neurológicos 2%; respiratorios, psiquiátricos, toxicomanías y reumatológicos cada uno con un 1%. Es rescatable el mencionar el 49% de la población no contaba con antecedentes de importancia.



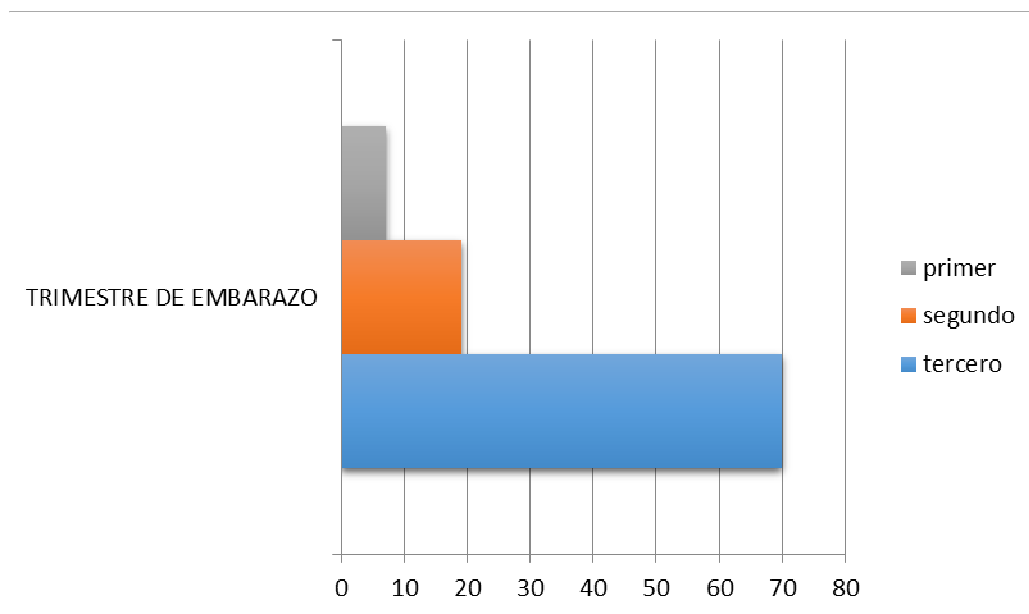
En su mayoría primigestas, conformando el 52% del total, 21% cursaban con su tercer embarazo, 19% secundigestas, un 5% multíparas con gesta de 4 y 1% 5 embarazos previos, con una mínima de 1 y máxima de 5 y con media de 1.81 ± 1.00 .



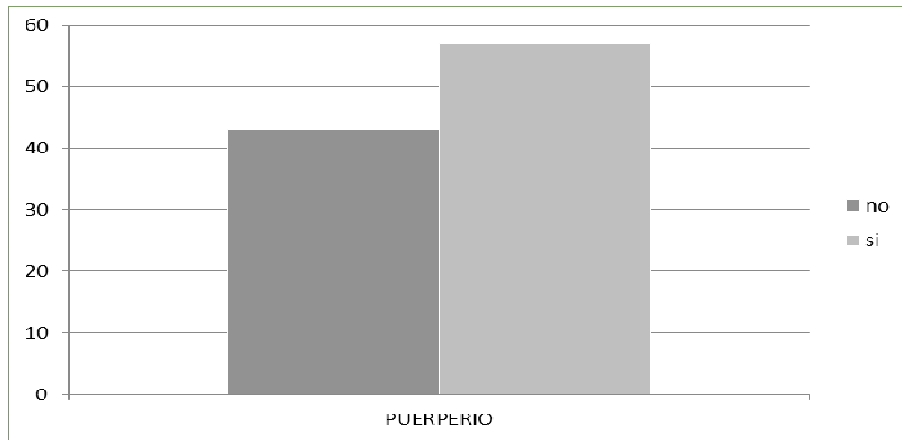
En cuanto a su estado gestante al ingresar a este servicio, 55% no cursaban con embarazo al ingreso y un 45% presentaban embarazo en curso.



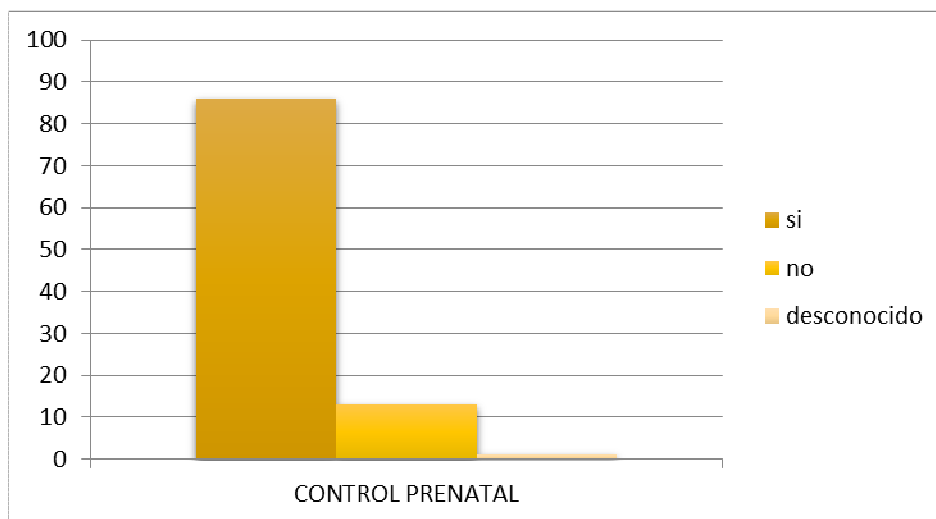
De la población del estudio el 70% cursaban con su tercer trimestre de embarazo, 19% en su segundo trimestre y un 7% en su primer trimestre; de las cuales presentan una media de 5 semanas de gestación, máxima de 41 semanas de gestación y media de 30.38 ± 9.68 semanas.



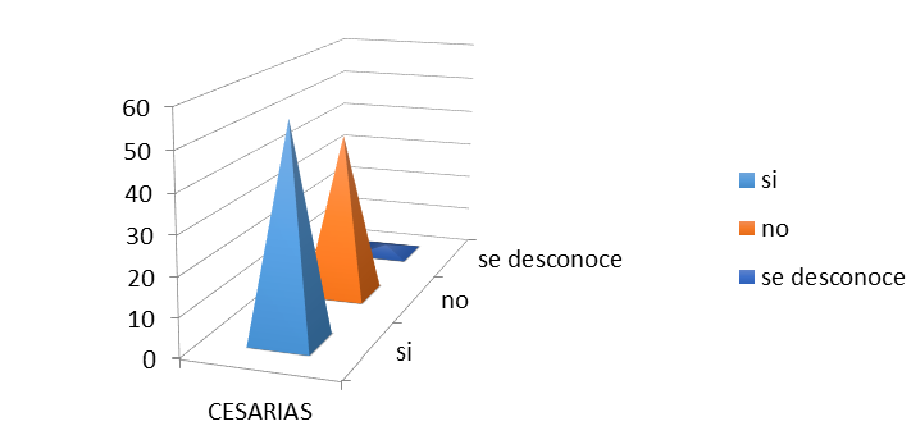
El 57% en puerperio con una mínima de 1 día de terminación del embarazo y máxima de 30 días con media de 2.05 ± 3.95 días.



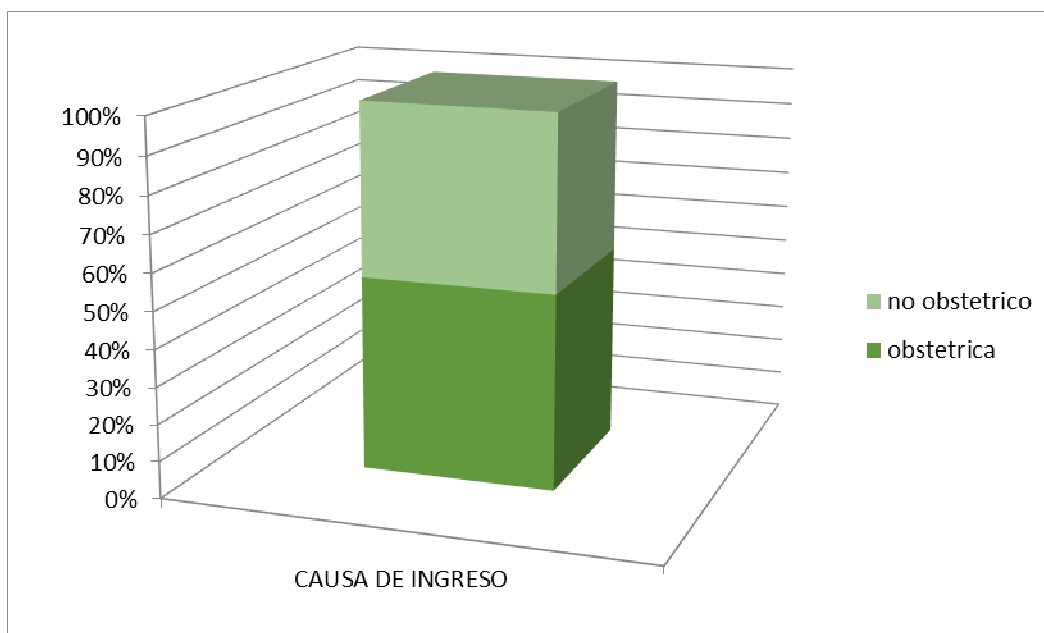
En el rubro del control prenatal 86% con adecuado control, un 13% no lo llevo y el 1% se desconocía esta información; se presenta una mínima de 1 consulta y máxima de 12 con media de 6.41 ± 2.74 visitas a control prenatal.



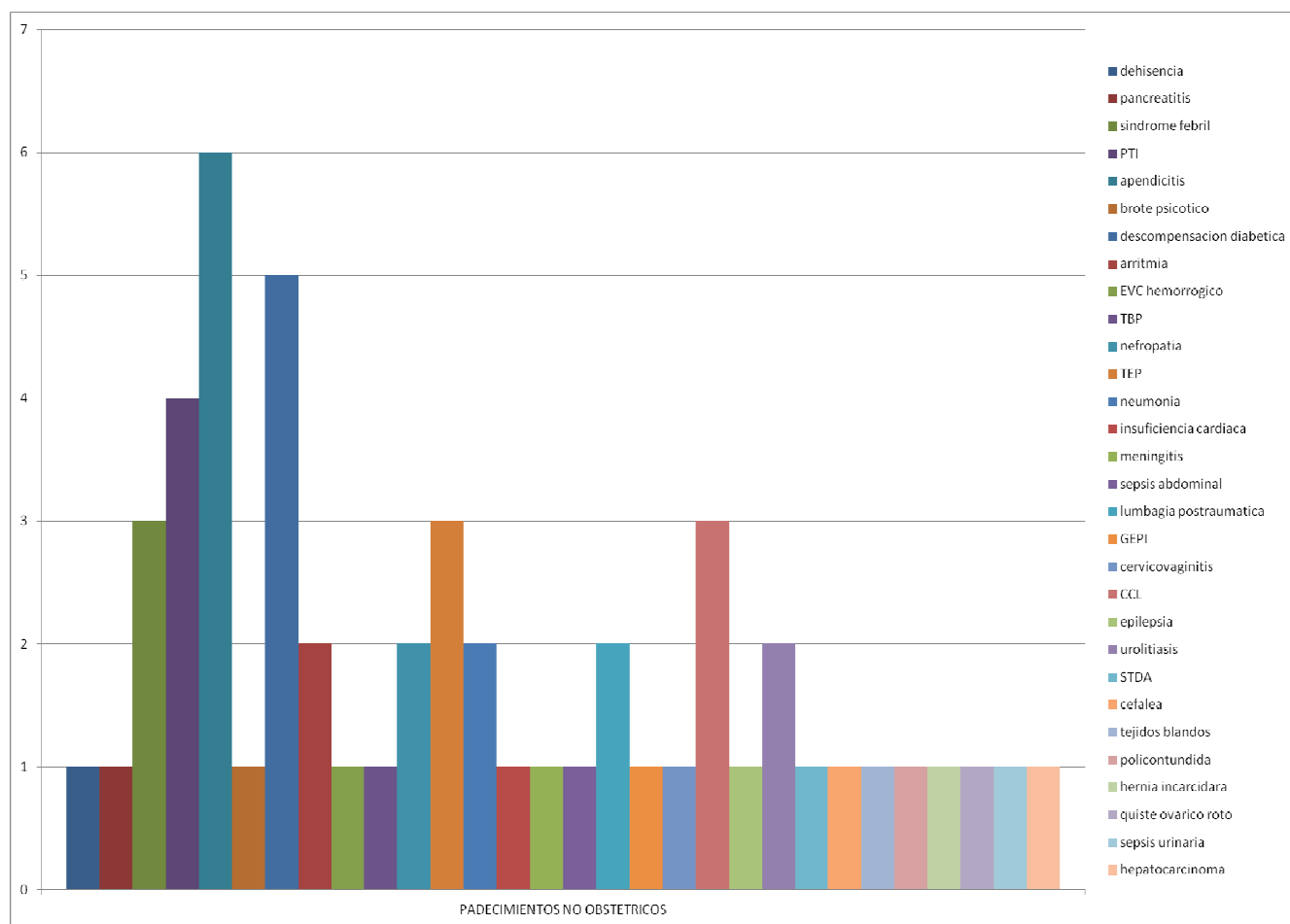
Cesárea le fue realizada al 55% de las pacientes y un 43% presento trabajo de parto, 50 pacientes, la mitad de mi población de estudio se encuentra en este rubro.



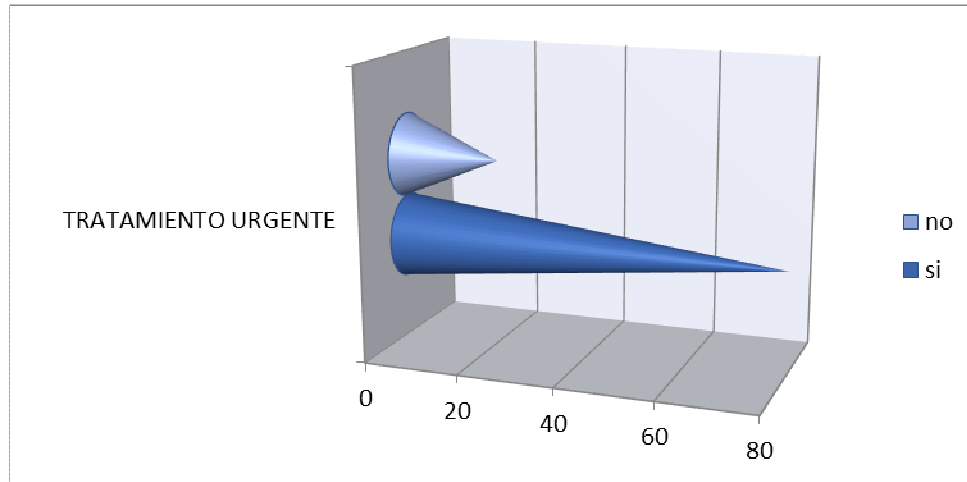
Siendo el punto más importante a destacar en este estudio, el 54% de los ingresos totales a esta unidad eran de causa no obstétrica (de predominancia en este porcentaje los padecimientos quirúrgicos 29% y le siguen los infecciosos en un 20%) y un 46% si lo eran.



Ya con englobamiento de los padecimientos finales, el diagnostico final a su ingreso 41% de tipo obstétrico (siendo estados hipertensivos asociados al embarazo), 20% padecimientos quirúrgicos 20% (procesos apendiculares, colecistitis aguda, dehiscencia de herida), cardiovasculares 11% (Tromboembolia pulmonar, HAS crónica, arritmias), padecimientos metabólicos 4% (descompensación de DM2), hematológicos en un 4% (predominando en porcentaje las Purpuras Trombocitopenicas Idiopáticas), Traumatológicos 3%, neurológicos en 2 y un padecimiento psiquiátrico 1% (brote psicótico).



De los ingresos totales 75% hemodinámicamente estable y 25% inestable, con prioridad de atención a su ingreso en el servicio de urgencias.

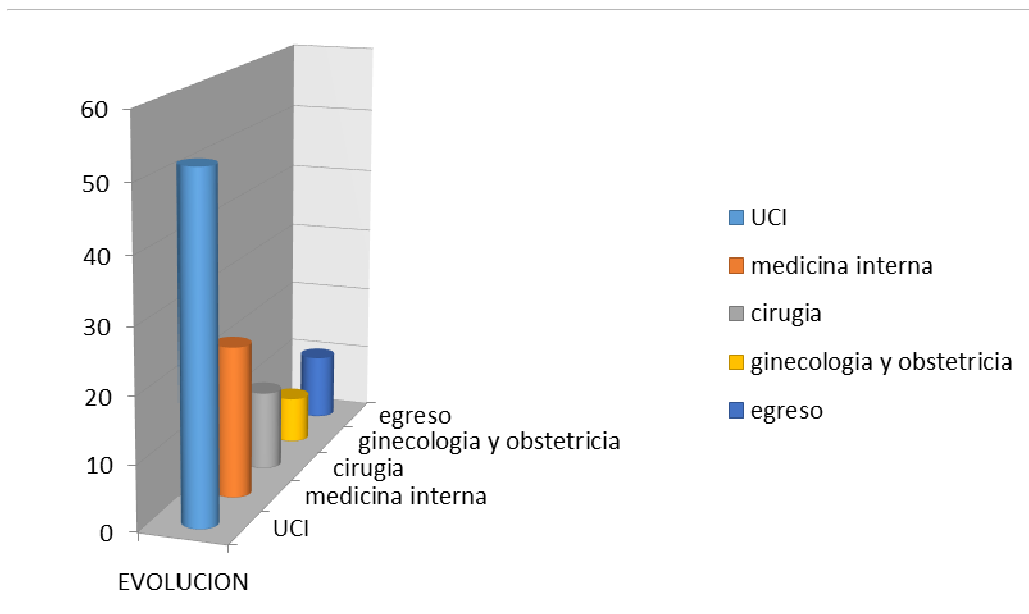


Meritorio de tratamiento urgente en un 80% y un 20% no lo ameritaba.



El promedio de horas de estancia en el servicio, se presenta una mínima de 1 hora con máxima de 48 horas y una media de 7.72 horas \pm 7.83.

En cuanto a la evolución o destino de las mismas un 52% presenta ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, 23% al servicio de Medicina Interna, 12% al servicio de Cirugía, 10% fue nuevamente referida a su Unidad de adscripción, Hospital de Ginecología y Obstetricia y un 3% fue egresada de esta unidad.



CONCLUSIONES

En base a los resultados de este estudio, por ser un hospital de segundo nivel, son enviadas pacientes de tipo obstétricas para continuar protocolo de estudio o si ameritan tratamiento especializado.

Se asumiría que las causas de ingreso a esta unidad serían de padecimientos obstétricos de predominancia con estados hipertensivos inducidos por el embarazo, pero se encontró patologías muy variadas en tipo y superioridad de los padecimientos no obstétricos, de mayor número los padecimientos quirúrgicos y posteriormente descompensación de estados metabólicos, en mujeres que ya contaban con este diagnóstico. Los procesos infecciosos también ocupan un lugar importante en las causas de ingreso y en 3 de ellas incluso con estados sépticos, que comprometía la vida de las mismas.

En el caso de los padecimientos obstétricos, se encontró más frecuente los ingresos por preeclampsia y la terminación del embarazo vía abdominal por la misma causa. En segundo lugar eclampsia y de igual manera Síndrome de HELLP, este último cabe mencionarlo, por la gravedad del mismo y siendo de importancia un diagnóstico oportuno.

DISCUSIÓN

La relevancia de este estudio radica principalmente en demostrar que las causas no obstétricas son las más frecuentes por las cuales las pacientes son referidas o acuden a atención médica a nuestra institución, derivando de este hecho que la preparación de las medidas adecuadas para una atención rápida, un diagnóstico oportuno, especialmente en patologías de tipo no obstétrico donde el cuadro clínico puede ser enmascarado por sintomatología asociada al proceso del embarazo y los datos clínicos a la exploración

modificado según el trimestre en que se encuentre la paciente y el contar con equipo médico adecuado y suministro oportuno para el logro de una evolución adecuada y posterior envío o ingreso a este hospital independientemente de la categoría obstétrica/no obstétrica que ocasiono el ingreso inicial a nuestra institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Urgencias en Obstetricia/** D. Enrique Oyarzun, Dr. Juan Pedro Kusanovic/ Rev. Med. Clin. Condes 2011;22 (3) 316-331.
2. **First trimester complications/** A. Ildiko Martonffy, Kirsten Rindfleisch, Anne Marie Lozeau, Beth Potter/ Prim Care Clin Office Pract 39 (2012) 71–82.
3. **Sangrados de la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio/** Dr. Ricardo Ponce de Sedas/ Rev. Obstetricia (2011) 18-33.
4. **Emergencias quirúrgicas en el embarazo/** Dr. Ángel Matute Labrador / Rev. Obstetricia (2010) 22-27.
5. **Trauma in Pregnancy /** Michael V. Muech MD, Joseph C. Caterino MD/ Obstet Gynecol Clin N Am 34 (2007) 555 – 583.
6. **Hypertension in Pregnancy/** Amanda R. Vest, Leslie S. Cho / Cardiol Clin 30 (2012) 407–423.
7. **Persistencia de hipertensión en mujeres con preeclampsia/** Gustavo Romero Gutiérrez, Bogar Omar Hernández González/ Ginecol Obstet Mex 2011; (10): 602-601.
8. **Complicaciones maternas en pacientes con síndrome de HELLP/** Juan Gustavo Vazquez Rodriguez, Cecilia Xochitlalli Flores Granados/ Ginecol Obstet Mex 2011; 79 (4):183-189.
9. **Risk factors for maternal mortality in eclampsia: analysis of 167 eclamptic cases/** M.E. Sak, M.S. Evsen. H.E. Soydinc, A. Turgut, A. Ozler/ European Review for Medical and Pharmacologist Sciences 2012; 16: 1399-1403.
10. **Clinical review: Special populations-critical illness and pregnancy/** Patrick J. Neligan, John G Laffery/ Critical care 2011, 15:227.
11. **Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: a systematic review/** L. Rose, C.L Dennis/ Intensive Care Med (2010)36:1465-1474.
12. **Diabetic Ketoacidosis in Pregnancy/** Jason A. Parker MD, Deborah L. Conway MD/ Obstet Gynecol Clin N Am 34 (2007) 533-543.
13. **Nausea and vomiting in Pregnancy/** Jennifer R. Niebyl MD/ N England J Med 2010; 363:1544-50.
14. **The etiology of maternal mortality in developed countries: a systematic review of literature/** A. Cristina Rossi, Patrick Mullin/ Arch Gynecol Obstet (2012) 285:1499-1503.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

**CAUSAS DE INGRESO A URGENCIAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS EN HOSPITAL GENERAL REGIONAL
NO. 20 IMSS**

CUESTIONARIO

1. Paciente tipo:
 - a. Ingreso previo.
 - b. Ingreso actual.

2. Nombre: _____
3. NSS: _____

4. Edad: _____

5. Escolaridad: _____

6. Ocupación: _____

7. Estado civil:
 - a. Casada
 - b. Soltero
 - c. Divorciada
 - d. Union libre
 - e. Viuda

8. Antecedentes personales patológicos: **a. si** **b. no** ¿Cuales? _____

9. Antecedentes ginecoobstetricos previos: _____

10. Embarazo: **a. Si** **b. No**

11. Semanas de gestación: _____

12. Puerperio: **a. Si** **b. No** Días: _____

13. Control prenatal: **a. Si** **b. No** No. Consultas: _____

14. Motivo de ingreso a urgencias: _____

15. Diagnostico en urgencias: _____

16. Trabajo de parto: **a. Si** **b. No**

17. Cesárea: **a. Si** **b. No** Causa: _____

18. Hemodinámicamente estable: **a. SI** **b. No**

19. Amerita tratamiento urgente: **a. SI** **b. No**

20. Horas de estancia en servicio de urgencias: _____

21. Evolución:

- a. Alta.
- b. UCI
- c. Medicina Interna
- d. Cirugía General.
- e. Envío a Ginecología y obstetricia
- f. Defunción.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: _____

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: _____

Procedimientos: _____

Posibles riesgos y molestias: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: _____

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2013						2014												2015
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Redacción del proyecto	■	■	■																
Aprobación por comité				■	■	■	■												
Captura de datos								■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Análisis de resultados																	■	■	
Preparación manuscrito final																		■	■