



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

MENOS AFECTOS ADVERSOS EN EL MANEJO DE PROGESTERONA ORAL VS
INTRAMUSCULAR EN MUJERES GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO
CON MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR INFECCIÓN DE VÍAS
URINARIAS Y VAGINALES EN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “SUR
VALDIVIA” Y HOSPITAL NAVAL GENERAL DESDE ENERO HASTA MAYO DEL
2019.

AUTORES:

EVELYN SAMANTA BETANCOURT JIMÉNEZ.

STEFANIA FERNANDA PEZANTES ORELLANA.

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Gloria Xiomara Vera Landívar.

Guayaquil, Ecuador

12 DE SEPTIEMBRE 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Evelyn Samanta Betancourt Jiménez y Stefania Fernanda Pezantes Orellana**, como requerimiento para la obtención del Título de médico.

TUTORA

f. _____

Dra. Gloria Xiomara Vera Landívar.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, 12 de septiembre 2019.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Evelyn Samanta Betancourt Jiménez** autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, MENOS EFECTOS ADVERSOS EN EL MANEJO DE PROGESTERONA ORAL VS INTRAMUSCULAR EN MUJERES GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO CON MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES EN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO “SUR VALDIVIA” Y HOSPITAL NAVAL GENERAL DESDE ENERO HASTA MAYO DEL 2019., cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de septiembre 2019.

f. _____

Evelyn Samanta Betancourt Jiménez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Stefania Fernanda Pezantes Orellana autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, MENOS EFECTOS ADVERSOS EN EL MANEJO DE PROGESTERONA ORAL VS INTRAMUSCULAR EN MUJERES GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO CON MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES EN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO “SUR VALDIVIA” Y HOSPITAL NAVAL GENERAL DESDE ENERO HASTA MAYO DEL 2019., cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de septiembre 2019.

f. _____

Stefania Fernanda Pezantes Orellana.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación, previo a la obtención del título de correlación cito MENOS EFECTOS ADVERSOS EN EL MANEJO DE PROGESTERONA ORAL VS INTRAMUSCULAR EN MUJERES GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO CON MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES EN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO “SUR VALDIVIA” Y HOSPITAL NAVAL GENERAL DESDE ENERO HASTA MAYO DEL 2019. Ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del trabajo de titulación referido.

Guayaquil, 12 de septiembre 2019.

f. _____

Evelyn Samanta Betancourt Jiménez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación, previo a la obtención del título de correlación cito MENOS EFECTOS ADVERSOS EN EL MANEJO DE PROGESTERONA ORAL VS INTRAMUSCULAR EN MUJERES GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO CON MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES EN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO “SUR VALDIVIA” Y HOSPITAL NAVAL GENERAL DESDE ENERO HASTA MAYO DEL 2019. Ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del trabajo de titulación referido.

Guayaquil, 12 de septiembre 2019.

f. _____

Stefania Fernanda Pezantes Orellana.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL- BETANCOURT Y PEZANTES (1).docx (D55350574)
Submitted: 06/09/2019 17:47:00
Submitted By: gloria.vera01@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

TESIS FINAL- BETANCOURT Y PEZANTES.docx (D55303442)

Instances where selected sources appear:

1

DEDICATORIA.

Este trabajo de esfuerzo y constancia permanente, al igual que toda nuestra carrera estudiantil, va dedicada a nuestros padres y abuelos. Sin ellos esto nunca hubiera sido posible.

E. S. Betancourt Jiménez y S. F. Pezantes orellana.

AGRADECIMIENTOS.

“El conocimiento es basura si se utiliza para humillar en vez de enseñar”

A los profesores quienes nos ayudaron a crear las bases de nuestro conocimiento y a nuestros grandes maestros, quienes terminaron de pulirlo. Estuvimos, estamos y estaremos eternamente agradecidas.

E. S. Betancourt Jiménez y S. F. Pezantes orellana.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Jorge De Vera.

f. _____

Dr. Eli Lucas.

f. _____

Dr. Daniel Feliz.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	VIII
AGRADECIMIENTOS.....	VIII
RESUMEN.....	XII
PALABRAS CLAVES.....	XII
SUMMARY.....	XIII
KEY WORDS.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO I.....	4
1. AMENAZA DE ABORTO: SIGNOS, SÍNTOMAS Y RIESGO.....	4
CAPITULO II.....	6
2. INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES.....	6
2.1 Infección de vías urinarias.....	6
2.2 Infección vaginal.....	8
CAPITULO III.....	12
3. PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA AMENAZA DE ABORTO.....	12
CAPITULO IV.....	15
4. PROGESTERONA, FUNCION, TIPOS DE ADMINISTRACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS.....	15
FUNCION.....	15

TIPOS DE ADMINISTRACION.....	15
EFFECTOS SECUNDARIOS	16
MATERIALES Y MÉTODOS.	17
OBJETIVO GENERAL:	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	17
HIPOTESIS:.....	18
UNIVERSO:	18
MUESTRA:	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:.....	19
INCLUSIÓN.....	19
EXCLUSIÓN.....	19
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	19
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.	20
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	21
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	21
RESULTADOS.....	21
ANÁLISIS.....	22
DISCUSION.....	27
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

RESUMEN.

La principal causa de amenaza de aborto en mujeres con menos de 20 semanas de gestación es debido al cuadro de aparición aguda ya sea de infección de vías urinarias, vaginal o ambas, estas son las infecciones más comunes durante el embarazo debido a los cambios del pH vaginal más anatómicos de la mujer. En nuestra investigación tomamos 100 mujeres menores de 20 semanas de gestación y con amenaza de aborto, el universo completo fue tratado con su respectivo antibiótico tanto oral como intravaginal, dependiendo de cada uno de los casos, y se le añadió progesterona. 47 pacientes tomaron la progesterona por vía oral y las otras 53 se inyectaron por vía intramuscular. Se registró que, si existe significancia estadística de la relación de dependencia entre el efecto adverso y el tipo de progesterona, es decir que los pacientes que se administraron progesterona por vía intramuscular tuvieron menos efectos adversos a comparación de los que optaron por vía oral como medio de administración, pero el tiempo de uso no tuvo mayor significancia entre ambas.

PALABRAS CLAVES.

Embarazo, progesterona, infección de vías urinarias, amenaza de aborto.

SUMMARY.

The main cause of the threat of abortion in women with less than 20 weeks of gestation is due to the acute appearance of either urinary tract infection, vaginal infection or both, these are the most common infections during pregnancy due to changes in pH most anatomical vaginal of women. In our investigation we took 100 women under 20 weeks of gestation and threatened with abortion, the entire universe was treated with their respective oral and intravaginal antibiotic, depending on each case, and progesterone was added. 47 patients took progesterone orally and the other 53 were injected intramuscularly. It was recorded that, if there is statistical significance of the dependence relationship between the adverse effect and the type of progesterone, that is to say that the patients who administered progesterone intramuscularly had fewer adverse effects compared to those who opted orally as a means of administration, but the time of use had no greater significance between them.

KEY WORDS.

Pregnancy, progesterone, urinary tract infection, threat of abortion.

INTRODUCCIÓN.

El embarazo implica situaciones fisiológicas únicas en las cuales se producen una serie de cambios anatómicos, metabólicos, endócrinos y bioquímicos con la finalidad de permitir la correcta morfología y nacimiento del producto (1). La etapa de embarazo en mujeres que se encuentran en etapa reproductiva dentro de la edad apropiada se lo debe considerar un proceso fisiológico natural (2).

Sin embargo, en cuanto a amenaza de aborto se sabe, los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no son nada tranquilizantes, ya que cada año, mundialmente, existen alrededor de 210 millones de amenazas de abortos, de los cuales casi un 50 por ciento terminan en verdaderos abortos, cuyo resultado de muerte (evitable) es alrededor de 70.000 mujeres al año, con un porcentaje del 10 al 50 por ciento de complicaciones del total (18) (19).

Existen datos estadísticos de la OMS que demuestran que la tasa en Norte América (número de amenazas de abortos por cada 1.000 mujeres) fue de 11.8 entre los 15 a 44 años. Si se las divide por generación, el porcentaje de adolescentes cayó un 54% entre el año 2006 y 2015 (2). Dentro de varias guías de práctica clínica que se basan en controles prenatales encontramos la realizada en Ecuador en el año 2015, la cual asegura que la atención de calidad a las embarazadas conlleva: citas de control eficientes durante el proceso de gestación, el involucramiento determinado de las gestantes y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención (2) (14).

Existen ciertas complicaciones las cuales no pueden prevenirse, entre estas, la más común es la amenaza de aborto, la cual el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador la define como *“la presencia de contracciones uterinas con o sin sangrado genital y cuello uterino cerrado”* (3).

La incidencia de amenaza de aborto en términos generales oscila entre el 20% y 30% (4). El riesgo más importante radica en que aproximadamente la mitad de las pacientes termina cursando un aborto espontáneo, la cual es definida por la organización mundial de la salud (OMS) como la extracción o la expulsión de un embrión o feto que pesa 500 gramos o menos. El aborto es un evento devastador ya que la madre debe dar a luz un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico lo cual es un hecho extremadamente doloroso tanto física como afectivamente y eso es lo que se trata de evitar (5) (20).

MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO I

1. AMENAZA DE ABORTO: SIGNOS, SÍNTOMAS Y RIESGO.

Existen diversos signos y síntomas en las gestantes que pueden acercarnos a que hay riesgo de aborto. Estos síntomas o signos son muy variados, pero entre los síntomas más comunes, podemos mencionar:

Sangrado vaginal: Aproximadamente la mitad de las mujeres con este síntoma en el primer trimestre de embarazo sufre un aborto natural, y las mujeres que no lo sufren disminuye el riesgo de aborto. (8).

El signo del sangrado vaginal es un buen factor de diagnóstico para la mujer que esta con amenaza, pero su ausencia no lo descarta.

Cólicos abdominales: dolores o fuertes presiones en el vientre similares al dolor de la menstruación. Pueden ocurrir con o sin sangrado vaginal (8).

Dolor lumbar: fuerte dolor tipo pesantes en la zona lumbar (8).

Síntomas de embarazo: las molestias propias del embarazo pueden verse reducidas o incluso desaparecer (8).



Se ha descrito en diferentes bibliografías que la amenaza de aborto es una de las complicaciones del embarazo más comunes, debido a que la consecuencia de un mal manejo de esta nos llevaría a un aborto espontáneo en la cual las consecuencias han demostrado ser devastadoras.

En una tesis expuesta en Cuenca en el año 2014, describe que los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en Ecuador y son (7):

- Mujeres mayores de 35 años.
- Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos.
- Mujeres con enfermedad sistémica (como diabetes o disfunción tiroidea).

Existe la información en diversas bibliografías en donde mencionan y confirman los riesgos que se han asociado a los abortos espontáneos (6).

Infección pélvica: las bacterias (gérmenes) de la vagina o el cuello uterino pueden ingresar al útero y causar una infección.

Infección de vías urinarias: las bacterias del tracto urinario provocan una alta incidencia de amenaza de aborto debido a las complicaciones que traen estas.

Coágulos de sangre en el útero: los coágulos de sangre que causan cólicos severos ocurren en aproximadamente el 1% de todos los abortos.

Sangrado abundante: es común que se produzca sangrado después de un aborto y puede ser en cantidad variable.

Cérvix cortado o desgarrado: la abertura del útero se puede desgarrar mientras se está abriendo para permitir que los instrumentos médicos pasen a través del útero. Esto sucede en menos del 1 por ciento de los abortos del primer trimestre.

Complicaciones relacionadas con la anestesia: al igual que con otros procedimientos quirúrgicos, la anestesia aumenta el riesgo de complicaciones asociadas con el aborto.

Terapia con inmunoglobulina Rh: el material genético que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos se conoce como factor Rh. Si una mujer y su feto tienen diferentes factores Rh, ella debe recibir medicamentos para prevenir el desarrollo de anticuerpos que podrían poner en peligro futuros embarazos.

CAPITULO II

2. INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES.

2.1 Infección de vías urinarias.

Se conoce a las infecciones del tracto urinario como la presencia de gérmenes patógenos en la orina debido a la infección de la vejiga o el riñón.

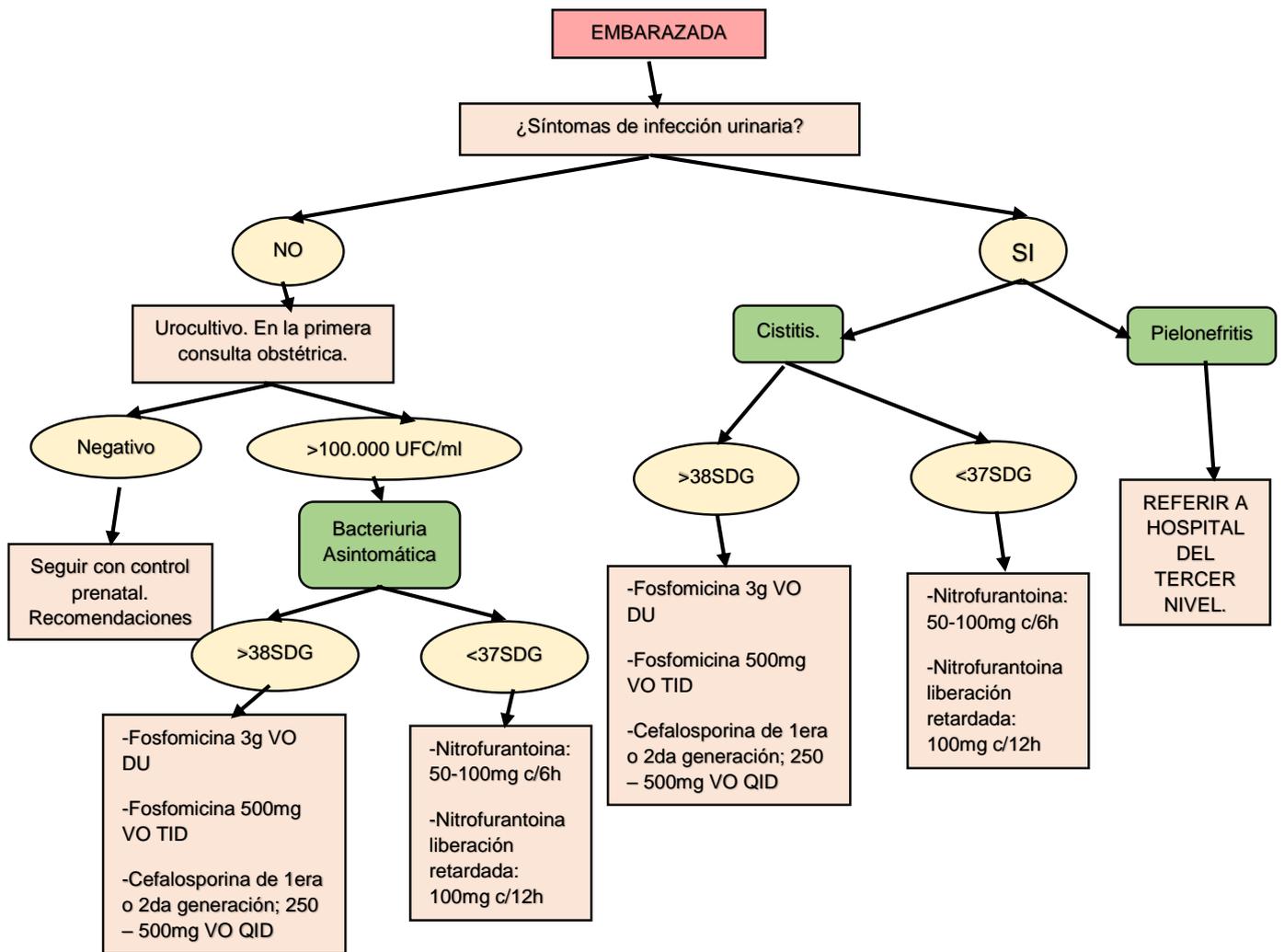
Durante el embarazo la mujer gestante es más susceptible a infecciones de vías urinarias (IVU) debido ciertos cambios anatómicos, funcionales y hormonales, además de que se acorta el cuerpo perineal que se encuentra entre vagina y ano. Es por ello por lo que las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones más habituales en el embarazo y se estima que más de 27% de partos pretérmino tienen una asociación clínica con IVU, aunque la patogénesis de la contracción uterina aún no está clara. Escherichia Coli es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU durante el embarazo (9) (17).

Los síntomas que la acompañan cambian dependiendo con el sitio de infección, pero ciertas infecciones de vías urinarias también podrían ser asintomáticas, es decir que se descubrirá simplemente por un examen de control.

Estas IVU se clasifican de acuerdo con el sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón) (9).

TIPO DE INFECCIÓN.	LOCALIZACIÓN.	SINTOMATOLOGÍA.
Bacteriuria Asintomática (BA).		Bacterias por urocultivo (más de 100.000 unidades formadoras de colonias/ml) sin síntomas.
Cistitis Aguda.	Infección del tracto urinario bajo.	Disuria, hematuria, piuria, urgencia de miccionar.
Pielonefritis Aguda.	Infección del tracto urinario alto y parénquima renal de uno o ambos riñones.	Fiebre, escalofríos, malestar general, dolor costovertebral, deshidratación, náuseas y vómitos.
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (9)		

En cuanto al diagnóstico de la enfermedad se realiza más en la clínica junto con los datos de laboratorio y con ello se podrá realizar el tratamiento correspondiente a cada caso.



Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Infección de vías urinarias en el embarazo. (9)

En el caso de cistitis o bacteriuria asintomática se realice un urocultivo de control tres días después del tratamiento para corroborar que la bacteria fuera eliminada (10).

2.2 Infección vaginal.

Las infecciones vaginales son una de las razones más frecuentes de consultas obstétricas incluyendo en mujeres que tienen un impacto socioeconómico bajo.

La vaginosis bacteriana (VB) caracterizado por cambios de PH en la flora vaginal en la que normalmente predominan bacterias, que incluyen la Gardnerella vaginalis, Mycoplasma genital, Prevotella spp., Peptostreptocci, Mobiluncus spp (11).

Candidiasis vulvovaginal (CVV) colonización vaginal por *Candida* frecuente entre mujeres atendidas en clínicas de infecciones de transmisión sexual (ITS), presentando muchas de ellas extensión a la zona ano-rectal (11).

Tricomoniasis vaginal es causada por *Trichomonas vaginalis*, que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Constituye una de las ITS más frecuentes en el mundo (11).

Cuando se debe hacer un diagnóstico eficaz se debe verificar bien la clínica de la mujer, se debe verificar los signos y síntomas de la infección ya que estas varían entre sí. Y es netamente necesario hacerlo de una manera rápida y precisa debido a que la vaginitis bacteriana se la ha asociado con abortos espontáneos tardíos, ruptura de membranas, partos pre-términos y endometritis posparto (11).

Signos y síntomas	VB	CVV	Tricomoniasis.
Secreción	Mínima	Abundante/blanca	Escasa/espesa
Olor	Sugiere a pescado	-	Fétido
Prurito	-	Prurito vulvar	Prurito vulvar
Otros síntomas	-	Disuria/dispareunia	Disuria/dolor abdominal
Signos visibles	Secreción en vagina y vestíbulo, no hay	Eritema vulvar, edema, fisuras, lesiones satélites.	Secreción amarilla/verdosa, espumosa, vulvitis, vaginitis, cervicitis.

	inflamación vulvar.		
PH vaginal	> 4,5	< o = 4,5	>4,5
Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. (11)			

El tratamiento adecuado de las infecciones vaginales en el embarazo requiere de un adecuado análisis clínico y de laboratorio para determinar otras etiologías menos frecuentes y que ello evite el uso de medicamentos innecesarios o se produzca recidiva por falla terapéutica (11).

	Vaginosis Bacteriana	Candidiasis Vulvovaginal	Tricomoniasis Vaginal.
ELECCIÓN	<p><u>Oral:</u></p> <p>Metronidazol: 500mg BID por 7 días.</p> <p>Metronidazol: 250mg TID por 7 días.</p> <p><u>Intravaginal:</u> Metronidazol: ovulo 500mg QD por 7 días.</p>	<p><u>No complicada:</u></p> <p>Clotrimazol: crema1% 5g intravaginal profundo en vaginal y vulva QD por 7 noches.</p> <p>Clotrimazol: crema2% 5g intravaginal profundo en vagina QD por 3 noches.</p> <p><u>Complicada:</u> Clotrimazol: crema2% 5g o solido vaginal 200mg</p>	<p>Metronidazol: 2g DU en cualquier momento del embarazo.</p> <p>Metronidazol: 500mg BID por 7 días.</p>

		intravaginal profundo en vaginal QD por 14 noches.	
ALTERNATIVO	<p><u>Oral:</u></p> <p><i>Clindamicina:</i></p> <p>300mg BID por 7 dias.</p> <p><u>Intravaginal:</u></p> <p><i>clindamicina:</i></p> <p>5g por 7 noches.</p>	<p><u>No complicada:</u></p> <p><u>Oral:</u></p> <p><i>Fluconazol:</i> 150mg 1tab DU.</p> <p><u>Intravaginal:</u></p> <p><i>Miconazol:</i> crema2% 5g profundo en vagina y vulva por 7 noches.</p> <p><i>Miconazol:</i> crema4% 5g profundo en vagina y vulva por 3 noches.</p> <p><i>Miconazol:</i> 100mg supositorio vaginal por 7 días.</p> <p><i>Miconazol:</i> 200mg supositorio intravaginal por 3 días.</p> <p><u>Complicada:</u></p> <p><u>Oral:</u></p>	<p>En caso de falla del tratamiento continuar con <i>metronidazol:</i> 500mg BID hasta completar 14 días según el esquema.</p>

		<p>Fluconazol: 150mg 1tab cada 3 días (1-3-7)</p> <p>Intravaginal:</p> <p>Miconazol: crema2% o 4% 5g intravaginal profundo en vagina y vulva por 14 noches.</p>	
Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. (11)			

CAPITULO III

3. PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA AMENAZA DE ABORTO.

A la primera consulta médica tanto el medico como la paciente debe dar información muy específica sobre su estado (12):

- Los suplementos con ácido fólico y hierro.
- Higiene de los alimentos, incluyendo la forma de reducir el riesgo de una infección adquirida.
- El estilo de vida, incluyendo la abstinencia al tabaco, el uso de drogas ilícitas y el consumo de bebidas alcohólicas.
- Todo el examen prenatal, incluyendo dar consejos sobre los riesgos, beneficios y limitaciones de las pruebas de detección de este.
 - Cómo se desarrolla morfológicamente el bebé durante este.
 - La nutrición y la dieta durante la gestación y lactancia.

- El ejercicio, incluidos los ejercicios del piso pélvico para evitar complicaciones en el trabajo de parto o después de este.

➤ Lugar de atención del parto.

La amenaza de aborto debido a infecciones de vía urinaria o vaginal debe ser diagnosticada de manera oportuna, ya que ciertas infecciones que son asintomáticas para la paciente.

A una mujer con sospecha de amenaza de aborto se le debe realizar una adecuada historia clínica y examen físico completo, considerando la hemorragia (generalmente ligera o discreta), dolor lumbopélvico, con persistencia de síntomas del embarazo y cérvix cerrado y formado. A estas se les debe realizar HGC y ultrasonido transvaginal o abdominal, una vez diagnosticado la amenaza se debe determinar la causa realizando exámenes complementarios (12).

- Biometría hemática.
- Grupo y Rh-D.
- Conteo de glóbulos blancos para descartar infección.
- Nivel de progesterona.
- Examen general de orina (bacteriuria y proteinuria).
- Detección de virus de la hepatitis B.
- Detección del VIH.
- Cultivo, cérvico-vaginal.

En el caso de confirmar la causa, en este apartado son las IVU e infecciones vaginales, hay que tratarla desde su origen y simultáneamente administrar las dosis de progesterona adecuada según su tipo de administración.

Según las guías de práctica clínica del gobierno de la Republica de México, se mencionan de dar consideraciones tales como reposo en casa, aunque este tenga insuficientes pruebas de si es o no beneficioso, en si trata de demostrar que cuanto menos esfuerzo físico estas mujeres tengan mejor resultados tendrían en cuanto a su problema gestacional, incluyendo la actividad sexual. Un seguimiento ecográfico transvaginal semanal debe de ser realizado como control del problema y administrar antiespasmódicos (12) (13).

En cuanto al uso de progesterona este debe ser en casos de deficiencia del mismo o para ayudar en la relajación del musculo liso que se encuentra contraído. De ser el caso, el uso de progesterona natural de 200 a 400 mcg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación es el tratamiento ideal para las amenazas de aborto (12) (13).

Las pacientes que presentan amenaza de aborto clínicamente estable, pueden darse de alta al hogar con un seguimiento cercano, pero realizarles controles clínicos a los dos días del alta o antes en caso de mantener o que hayan aumentado los signos y síntomas. A estas pacientes también se les debe indicar la importancia del coitus interruptus durante la relación sexual, debido a que el líquido preseminal también libera prostaglandinas que provocaría aumento de contracciones uterinas (12) (15).

La duda de todo paciente es que si este problema gestacional debería recibir tratamiento quirúrgico y la respuesta es "quizá". El uso del cerclaje cervical debe solamente ser utilizado en pacientes con historia previa que sugiera incompetencia cervical (perdida asintomática del embarazo antes o durante de las 24 semanas de gestación) y que aquellos en donde se sometió a la paciente a cirugía cérvico-uterina por alguna patología de esta (12) (16).

CAPITULO IV.

4. PROGESTERONA, FUNCION, TIPOS DE ADMINISTRACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS.

FUNCION.

La hormona del embarazo, la progesterona, tiene una gran variedad de funciones tanto generales como específicas en la materia, pero la más común es durante la amenaza de aborto durante la gestación (21).

GENERALES		ESPECIFICAS	
ORGANO	FUNCION	ORGANO	FUNCION
SNC	Sueño, mareo	Glándula mamaria	Acción sobre el acino
Respiratorio	Aumento de F.R.	Ovario	Meiosis oocito
Metabólico	> t3/t4	Trompas	< contractibilidad
Óseo	Sinergismo	Miometrio	Inhibición de las contracciones uterinas.
Muscular	Aumento de tono Aumento de contracción	Endometrio	> glucogeno > vacuolizacion.
Piel	Efecto androgénico	Cérvix	> moco
Tejido adiposo	Aumento de lípidos.	Vagina	> reepitelizacion

Orizaba-Chávez, B., Alba-Jasso, G. y Ocharán-Hernández, M. (2013).

TIPOS DE ADMINISTRACION.

En cuanto el tipo de administración esta viene en diferentes administraciones y varían según su absorción.

PRESENTACION	ABSORCION
TABLETAS	Tiempo de absorción en el sistema: 1 – 4 horas y eliminación a las 24 horas. Aumenta la absorción con la ingesta de alimentos.

INTRAMUSCULAR	Tiempo de absorción en el sistema se alcanza a las 12 horas y se elimina a las 48 horas. Atraviesa barrera placentaria donde se almacena.
INTRAVAGINAL	Tiempo de absorción en el sistema a las 4 horas y se elimina a las 24 horas. Los resultados demuestran que la biodisponibilidad de la medicación es muchísimo mayor cuando se administra por esta vía local.
CREMAS TOPICAS	La cantidad que se absorbe es mínima y de poca utilidad para evitar contracciones uterinas.
Orizaba-Chávez, B., Alba-Jasso, G. y Ocharán-Hernández, M. (2013).	

EFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos adversos dependen del tipo de administración de este medicamento también se relacionan según su modo de absorción. La progesterona inyectable esta netamente relacionada con la irritación leve que deja en la piel debido a su uso puede incluso crear abscesos. En cuanto a su absorción provoca menos efectos adversos en madre por terminar siendo reservada en la placenta una vez que la atraviesa y que no circula más por la sangre materna por tanto tiempo. Obviamente las dosis que se necesita son menores en cantidad debido a que recién desaparece del cuerpo a las 48 horas de haberlo administrado.

Los supositorios anales se los considera como de uso inapropiado, no siempre son administrados de manera correcta y en ciertas ocasiones causan irritación vaginal, picazón, ardor o infección por hongos debido a la humedad que dejan después de su uso, debido a esos datos las mujeres normalmente no siguen con la correcta regularidad y suelen dejar el tratamiento sin siquiera terminarlo.

La progesterona oral es bien tolerada por las pacientes con efectos secundarios en algunas mujeres de mareos y somnolencia. Esto puede minimizarse tomando la dosis

más alta de progesterona por la noche, según estudios. Sin embargo, se debe tener cuidado al tomar progesterona oral, para evitar complicaciones relacionadas con la somnolencia durante el día, mucho peor si la mujer tiene trabajos pesados que la limiten. Se recuerda que el ingerir alimentos aumenta su absorción (21) (22).

MATERIALES Y MÉTODOS.

OBJETIVO GENERAL:

Demostrar la mejor efectividad en cuanto al tiempo y los menores efectos adversos entre el uso progesterona intramuscular vs progesterona oral en mujeres con menos de 20 semanas de gestación con amenaza de aborto por infección de vías urinarias y vaginales en el Centro de atención ambulatorio “Sur Valdivia” y Hospital Naval General desde enero hasta mayo del 2019.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Categorizar los casos encontrados de amenaza de aborto de acuerdo con el sitio de infección; vaginal o urinario.
- 2.- Comparar que vía de administración de la progesterona disminuyó los signos y síntomas en menos tiempo de uso.
- 3.- Estimar la cantidad de efectos adversos que se presentan durante el uso de ambas vías de administración de la progesterona.
- 4.-Identificar la vía de administración de la progesterona que obtuvo menos efectos adversos durante su tratamiento.

HIPOTESIS:

Las pacientes con amenaza de aborto de hasta 20 semanas de gestación presentan menos efectos adversos y desaparecen sus signos y síntomas con mayor rapidez utilizando progesterona intramuscular.

UNIVERSO:

En el IESS CAA Sur Valdivia y el Hospital General Naval HOSNAG se adquiere la información de nuestra investigación, mujeres con menos de 20 semanas de gestación con amenaza de aborto por infección de vías urinarias y vaginales, y así poder ver si el tratamiento otorgado actúa de manera adecuada y también rápida.

Se toma a todas las pacientes con diagnóstico de infección de las vías genitourinarias en el embarazo, durante el periodo comprendido entre el mes de enero del 2019 y el mes de mayo del mismo año, atendidos en el área de consulta externa y hospitalización de Gineco- Obstetricia del Centro de atención ambulatorio “Sur Valdivia” y Hospital General Naval, respectivamente.

MUESTRA:

De manera Observacional, se incluirá a 100 pacientes de manera aleatoria, divididos en pacientes con diagnóstico de infección del tracto urinario no especificada en el embarazo (CIE 10: O23.4) o infección de vejiga en embarazo (CIE 10: O23.1) con la clínica de amenaza de aborto, y pacientes con diagnóstico de infección del tracto genital en el embarazo (CIE 10: O23.5) con la clínica de amenaza a aborto, cumpliendo con los respectivos criterios de inclusión de la investigación, y que tuvieron tratamiento en el servicio de Gineco-Obstetricia del Centro de atención ambulatorio “Sur Valdivia” y Hospital General Naval. De estos pacientes se elegirá como se los

tratará, 53 pacientes con progesterona intramuscular y a los otros 47 con progesterona oral.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

INCLUSIÓN.

- Mujeres con menos de 20 semanas de gestación.
- Mujeres con diagnóstico de infección de vías vaginales.
- Mujeres con diagnóstico de infección de vías urinarias.
- Mujeres que se administren progesterona como tratamiento de la amenaza de aborto.

EXCLUSIÓN.

- Mujeres gestantes con antecedentes patológicos de importancias.
- Mujeres gestantes mayores de 40 años.
- Mujeres gestantes con historia clínica incompleta.
- Mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

<u>VARIABLE</u> <u>EXOGENA</u>	<u>INDICADORES</u> <u>(DIMENSIÓN)</u>	<u>VALOR FINAL.</u>	<u>TIPO DE</u> <u>VARIABLE.</u>
Sitio de infección.	Unidimensional - objetiva	Infección urinaria. Infección vaginal.	Categórica ordinal.
Progesterona vía oral.	Unidimensional – objetiva	Si No	Categórica nominal

Progesterona intramuscular.	Unidimensional – objetiva.	Si No	Categórica nominal.
Tiempo de utilización de progesterona.	Unidimensional – objetiva		Numérica de razón.
Efectos adversos: Mareos. Vómitos. Cefalea.	Unidimensional – objetiva	Sí. No.	Categórica nominal.
<u>VARIABLE ENDÓGENA</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>VALOR FINAL.</u>	<u>TIPO DE VARIABLE.</u>
Amenaza de aborto	Unidimensional objetiva	Si No	Categórica nominal.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

Los instrumentos por utilizar serán las historias clínicas del sistema del servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro de atención ambulatorio “Sur Valdivia” y del Hospital General Naval HOSNAG, donde se obtendrá los antecedentes de la enfermedad, diagnóstico y evolución de la patología junto con el tratamiento administrado.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio realizado es de tipo observacional indirecta, debido a que simplemente se recogerá la información del tratamiento, que indica el profesional de la salud, desde la historia clínica del paciente y no se va a realizar ningún tipo de manipulación en el tratamiento de parte de los que realizamos el estudio. Se analizarán los datos de todas las embarazadas con infección del tracto genitourinario atendidas en el área de consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia, Centro de atención ambulatorio “Sur Valdivia” y del Hospital General Naval HOSNAG, del año 2019.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

El presente estudio es un tipo de investigación sin riesgo, se llevará a cabo por la observación de historias clínicas disponibles en la base de datos estadísticos de la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia, Centro de atención ambulatorio “Sur Valdivia” y del Hospital General Naval HOSNAG, del año 2019.

Se solicitó también el permiso al área de cómputo y al departamento de Estadística, para poder revisar las historias clínicas, datos de laboratorio e informes ecográficos de cada uno de los pacientes indicando que el estudio no expondrá a ningún riesgo para estas mujeres que padecen de la amenaza de aborto.

RESULTADOS.

La información ha sido obtenida de 100 expedientes clínicos, 50 pacientes del Hospital Naval General HOSNAG y 50 pacientes del Centro de atención ambulatorio “Sur Valdivia”, mediante una hoja de recolección de datos que tuvieron información completa y fueron diagnosticadas con infección genital del embarazo e infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo, atendidos en el área de consulta

externa y emergencia de ambas entidades clínicas, desde enero hasta mayo del 2019. Cada caso investigado se clasificó de acuerdo con las características clínicas, semanas de gestación, tipo de tratamiento de progesterona y efectos adversos de este.

ANALISIS

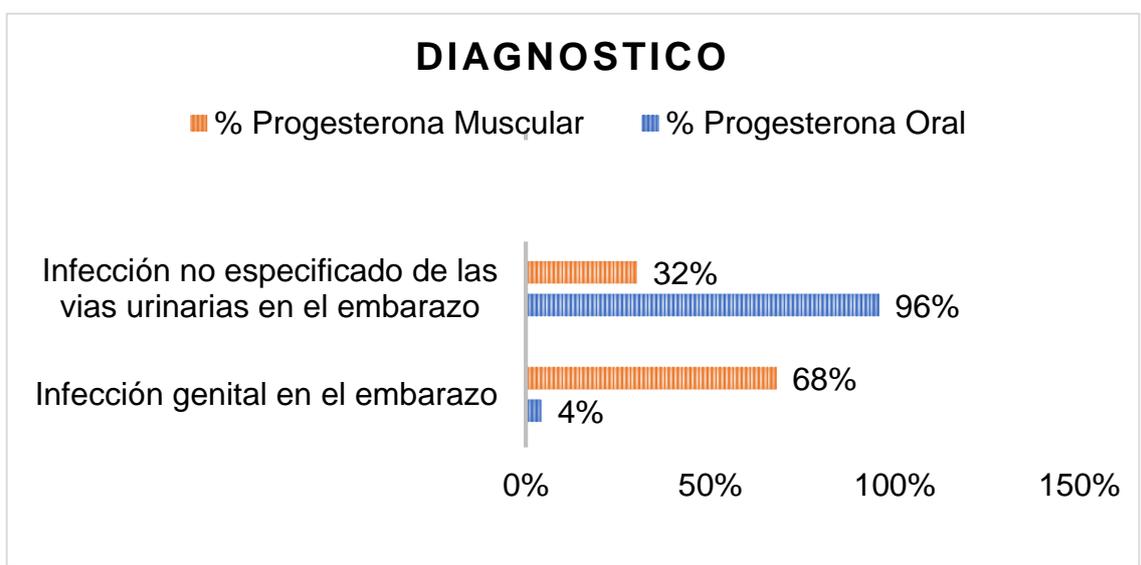
	total	%
Infección genital en el embarazo	38	38%
Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	62	62%
Total	100	100%

El estudio retrospectivo, longitudinal, analítico se encontró 100 pacientes de los cuales 47 fueron intervenidas con progesterona oral (47%) y 53 con progesterona intramuscular (53%).

	Progesterona Oral	Progesterona Intramuscular	% Progesterona Oral	% Progesterona Muscular
Infección genital en el embarazo	2	36	4%	68%
Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	45	17	96%	32%
Total	47	53	100%	100%

En el cuadro adjunto visualizamos que diagnóstico precedente tenían los pacientes que fueron intervenidos con progesterona oral y progesterona intramuscular.

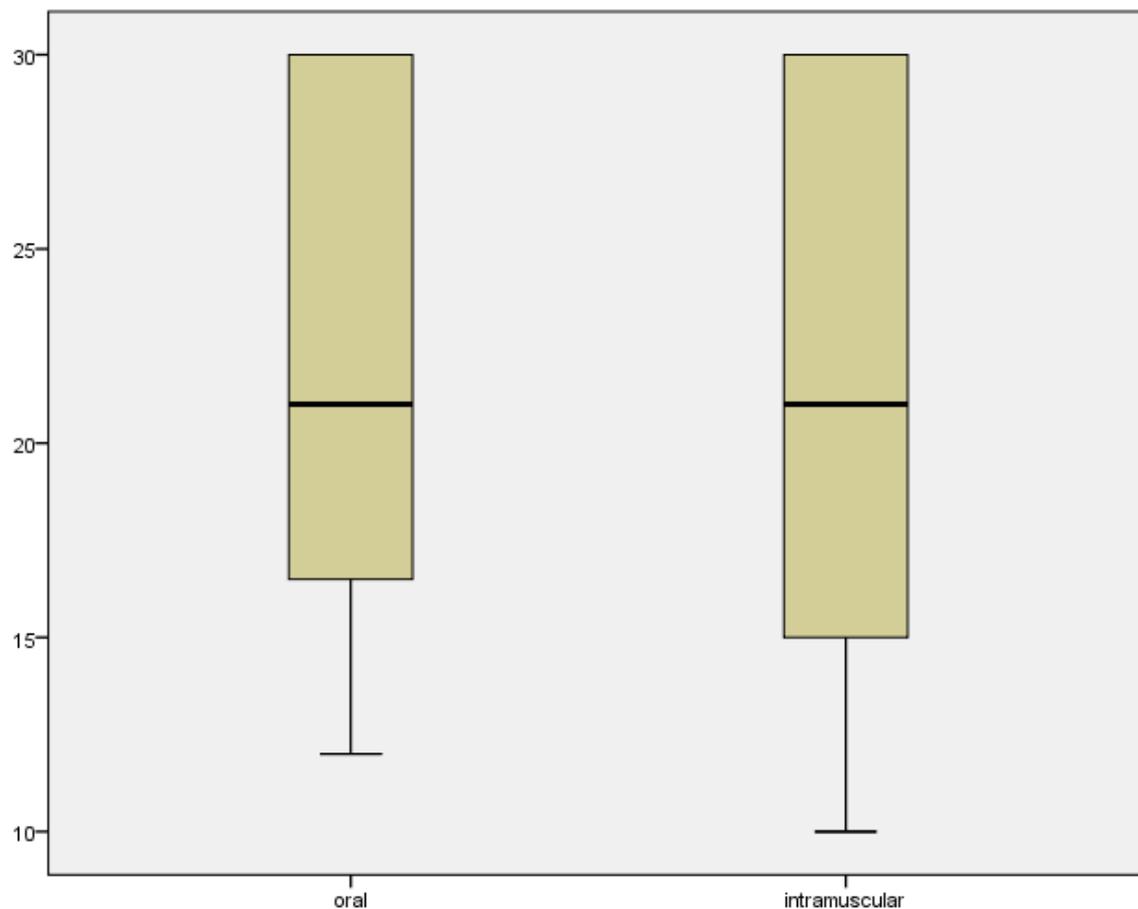
En el total de pacientes podemos concluir que el diagnóstico más presentado fue el de infección de vías urinarias.



Creado por: E. Betancourt y S. Pezantes.

Fuente de información: Centro de Atención Ambulatorio "Sur Valdivia" y Hospital Naval General.

Por medio de la prueba t de student se pudo determinar que no existe diferencia significativa entre los tiempos del uso en que se suministró la progesterona oral y progesterona intramuscular, con un valor p de 0.78. (variable días).



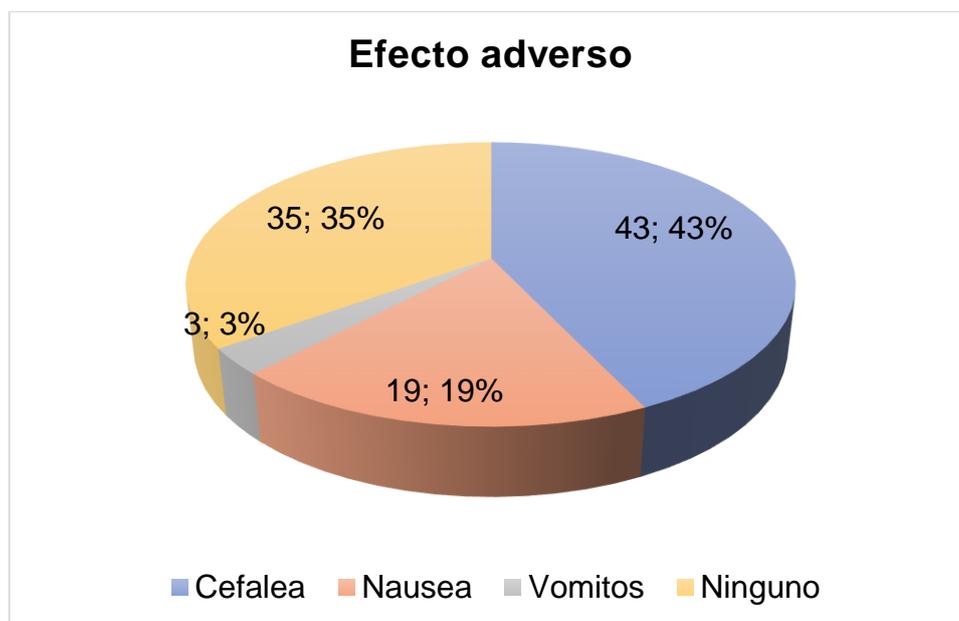
Creado por: E. Betancourt y S. Pezantes.

Fuente de información: Centro de Atención Ambulatorio "Sur Valdivia" y Hospital Naval General.

Como se observa en el gráfico adjunto las medidas de tendencia central: media, mediana, desviación estándar son muy parecidos entre sí para ambos grupos.

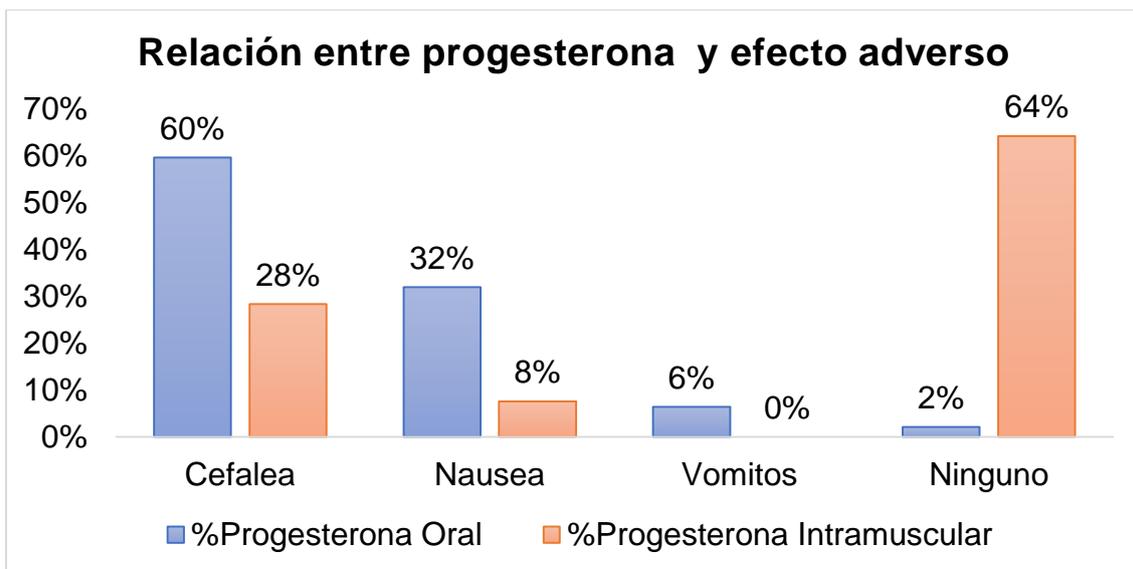
	Total	%
Cefalea	43	43%
Nausea	19	19%
Vómitos	3	3%
Ninguno	35	35%
	100	100%

Del total de pacientes durante el tratamiento con ambos tipos de progesterona se presentó que el 43% tuvo síntomas de cefalea, 19% nausea, 35% ninguno y 3% vómitos.



Creado por: E. Betancourt y S. Pezantes.

Fuente de información: Centro de Atención Ambulatorio "Sur Valdivia" y Hospital Naval General.



Creado por: E. Betancourt y S. Pezantes.

Fuente de información: Centro de Atención Ambulatorio “Sur Valdivia” y Hospital Naval General.

Efecto adverso	PROGESTERONA ORAL	PROGESTERONA INTRAMUSCULAR	% Oral	% Intramuscular
Cefalea	28	15	60%	28%
Nausea	15	4	32%	8%
Vómitos	3	0	6%	0%
Ninguno	1	34	2%	64%
Total	47	53	100%	100%

Por medio de la prueba chi cuadrado se puede determinar que, si existe significancia estadística de la relación de dependencia entre el efecto adverso y la progesterona, un valor p altamente significativo con un valor $p=0$.

La progesterona intramuscular es la que presentó como NINGUN efecto adverso el 64%.

DISCUSION.

Según lo que indica la guía de práctica clínica de infección de vías urinarias en el embarazo del MSP del Ecuador, estas se atribuyen como las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo, debido a cambios del pH vaginal más la anatomía pélvica durante la gestación y efectivamente, en nuestra investigación, se pudo corroborar dicha teoría debido a que se presentaron mas mujeres con esta patología a diferencia de las infecciones de vías vaginales.

En cuanto al uso de la progesterona, se debe recalcar que fue usada para la disminución de las contracciones uterinas durante las infecciones tanto vaginales como urinarias, aparte del tratamiento habitual de estas, lo cual se llegó a pensar que nos ayudaría a evitar un posible aborto espontaneo y que además en menos tiempo si se utilizaba de manera intramuscular. Sin embargo, durante nuestra investigación encontramos que en el “Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente” de la guía de práctica clínica del MSP del Ecuador, se especificaba no existir evidencia que concluya que la suplementación con progesterona disminuyera el riesgo de aborto y que sus beneficios eran aun inciertos. Nuestro trabajo concluyó también que no importaba el tipo de vía de administración de la progesterona, debido a que no se evidenció, en nuestros resultados, un menor tiempo de uso en la intramuscular vs la oral.

Orizaba-Chávez, Alba-Jasso y Ocharán-Hernández hallaron en su estudio de “progesterona y su farmacocinética” que el tiempo de absorción y de eliminación de la hormona varía según su tipo de administración. Identificaron que dependiendo de estos pueden encontrarse efectos adversos tales como mareo, somnolencia, irritabilidad vaginal, etc. Sin embargo, en nuestro estudio hubo un gran porcentaje de

mujeres que habían indicado cefalea de leve a moderada intensidad, entre otros efectos adversos como mareos y vómitos durante la administración de la hormona.

El mayor porcentaje de efectos adversos que se presentaron durante nuestro estudio no concordó con los mismos que arrojó Society For Assisted Reproductive Technology las cuales fueron mareo y somnolencia durante el uso de progesterona por vía oral. Nuestros resultados fueron mayor proporción de pacientes indicando cefalea durante la ingesta de progesterona por vía oral (60% de los pacientes), seguido por náuseas (32%), vómito (6%) y ninguno (2%). La vía de administración que menos efectos adversos obtuvo fue la progesterona intramuscular, en el cual el 64% de los pacientes indicaron no haber tenido ni un efecto adverso.

CONCLUSIONES.

Se encontró dentro de nuestros resultados que las infecciones del tracto urinario fueron más frecuentes a diferencia de las infecciones por vías vaginales, 62% - 38% respectivamente. Casi la mitad de nuestras pacientes llegaron con esta patología y fueron diagnosticadas, además por su sintomatología, como amenaza de aborto.

Las 100 pacientes con menos de 20 semanas de gestación fueron tratadas según su patología a lo cual se le añadió un tipo de progesterona para disminuir las contracciones uterinas que podían desencadenar a un aborto espontáneo: 53 de las pacientes usaron progesterona vía intramuscular y 47 vía oral.

Por medio de la prueba t de student realizada se pudo determinar que no existió diferencia significativa entre los tiempos del uso en que se suministró la progesterona oral y progesterona intramuscular, con un valor p de 0.78.

Del total de pacientes (100) durante el tratamiento con ambos tipos de progesterona se presentó que el 43% tuvo síntomas de cefalea, 19% de los pacientes náuseas, 35% ningún síntoma aparente y 3% vómitos. Dentro de estas estadísticas se destacó que la vía oral de progesterona fue la que predominó en cefaleas presentándose en el 60% de los pacientes y que fue la vía intramuscular la cual casi no produjo síntomas sistémicos en un total de 64% de la población estudiada.

RECOMENDACIONES.

Debido a la poca cantidad de universo durante este estudio hemos considerado en recomendar que las próximas investigaciones sean con un universo mayor a 100 mujeres gestantes para que se pueda ver la verdadera significancia en cuanto a tiempo de uso de ambos tipos de progesteronas o para que concuerde con estos resultados arrojados.

Para extender el conocimiento de la cantidad de posibles efectos adversos durante la administración de progesterona por vía oral o intramuscular se recomienda que dentro de los criterios de inclusión de futuras investigaciones se agreguen aquellas pacientes con enfermedades autoinmunes con sus respectivos tratamientos multidisciplinarios para evitar complicaciones materno – fetales.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Avendaño Reyes J, Arévalo Barba T, Ariño D. Niveles de progesterona y amenaza de aborto en pacientes que cursan el primer trimestre de gestación en el hospital José Carrasco Arteaga [Internet]. Panorama médico. 2014 [citado el 15 de enero de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/6340/1/articulo%203.pdf>
- 2) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control prenatal. Guía de Práctica Clínica. Quito; 2015 p. 15 - 20.
- 3) Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC). 1ª edición. Quito. P 20 – 30.
- 4) González Rivera A. Amenaza de aborto. [Internet]. 2011 [citado el 3 de enero de 2019]: 4. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>
- 5) Togas Tulandi, Milton Leong Chair. Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. Up to date- feb 2016.
- 6) Ochoa Marieta C, Rogel Cayetano S, Reus R. Amenaza de aborto: causas, síntomas y tratamiento. [Internet]. Reproduccionasistida.org. 2019 [cited 5 January 2019]. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/amenaza-de-aborto/#causas-y-sintomas>.
- 7) Lousiana REBEKAH E. GEE. Lousiana Department of Health. Abortion Risks. 2017.
- 8) Cherrez. G, Verdugo Vasquez O, M. Salazar E. Determinación de progesterona en mujeres que presentan aborto o amenaza de aborto en el primer trimestre

- de embarazo [Internet]. Cuenca; 2014 p. 35. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3239/1/Tesis.pdf>
- 9) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica. Ecuador: MSP; 2013. Disponible en:
www.msp.gob.ec
- 10) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de bolsillo componente materno. Quito: MSP; 2015 p. 1 - 2.
- 11) Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2014. Disponible en:
<http://somossalud.msp.gob.ec/>
- 12) Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud, CENETEC. Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. 2015.
- 13) GUEVARA GÓMEZ Y. MANEJO DE ABORTO. MANEJO DE ABORTO [Internet]. Méjico; 2016 [citado el 10 de enero de 2019]. pag. 20 - 35. Disponible en:
https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion20052016/MANEJO-DE-ABORTO.pdf
- 14) ABORTION [Internet]. ohchr.org. 2018 [cited 3 March 2019]. Available from:
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf
- 15) Fateme Davari T, Mamak S, Mahbod K, Jalalvand S. Threatened abortion: A risk factor for poor pregnancy outcome [Internet]. RESEARCHGATE. 2018 [cited 3 March 2019]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/237514290_Threatened_abortion_A_risk_factor_for_poor_pr

- 16) Avonnon K, Bulthuis S. NEEDS ASSESSMENT ON SAFE ABORTION ADVOCACY [Internet]. figo.org. 2018 [cited 14 March 2019]. Available from: https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/Benin%20Country%20Report_Rapport%20CNGOB%20English%20translation_0.pdf
- 17) Turner, K., Senerowics, L., & Marlow, H. (2016). Comprehensive abortion care needs and opportunities in Francophone West Africa: Situational Assessment Results. Récupéré sur <http://www.ipas.org/en/Resources/lpas%20Publications/Comprehensive-Abortion-CareNeeds-and-Opportunities-in-Francophone-West-Africa.aspx>
- 18) HRP. (2017, May 7). Global abortion policies Data Base. Récupéré sur Country Profile Benin: <http://srhr.org/abortion-policies/country/benin/>
- 19) Baxerres, C., Boko, I., Konkobo, A., Ouattara, F., & Guillaume, A. (2018). Abortion in two francophone African countries: a study of whether women have begun to use misoprostol in Benin and Burkina Faso. Elsevier, 97(2), 130-136.
- 20) Threatened Abortion. NCBI [Internet]. 2018 [cited 11 March 2019]:1 - 3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/>
- 21) Orizaba-Chávez, B., Alba-Jasso, G. y Ocharán-Hernández, M. (2013). Farmacocinética de la progesterona. medigraphic. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju131j.pdf> [Consultado el 5 de junio de 2019].
- 22) Progesterona [Internet]. Sart.org. 2019 [consultado el 2 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sart.org/patients/a-patients-guide-to-assisted-reproductive-technology/stimulation/progesterone/>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Evelyn Samanta Betancourt Jiménez**, con C.C: # 0930016191 y **Stefania Fernanda Pezantes Orellana**, con C.C: # 0926322579, autoras del trabajo de titulación: MENOS EFECTOS ADVERSOS EN EL MANEJO DE PROGESTERONA ORAL VS INTRAMUSCULAR EN MUJERES GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO CON MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES EN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO “SUR VALDIVIA” Y HOSPITAL NAVAL GENERAL DESDE ENERO HASTA MAYO DEL 2019, previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de septiembre 2019

f. _____

Evelyn Samanta Betancourt Jiménez

C.C: 0930016191

f. _____

Stefania Fernanda Pezantes Orellana

C.C: 0926322579

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	MENOS EFECTOS ADVERSOS EN EL MANEJO DE PROGESTERONA ORAL VS INTRAMUSCULAR EN MUJERES GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO CON MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y VAGINALES EN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO "SUR VALDIVIA" Y HOSPITAL NAVAL GENERAL DESDE ENERO HASTA MAYO DEL 2019.		
AUTOR(ES)	Evelyn Samanta Betancourt Jiménez. Stefania Fernanda Pezantes Orellana.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Gloria Xiomara Vera Landívar.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Medicina.		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre 2019	No. DE PÁGINAS:	37
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PREGNANCY, PROGESTERONE, URINARY TRACT INFECTION, THREAT OF ABORTION.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La principal causa de amenaza de aborto en mujeres con menos de 20 semanas de gestación es debido al cuadro de aparición aguda ya sea de infección de vías urinarias, vaginal o ambas, estas son las infecciones más comunes durante el embarazo debido a los cambios del pH vaginal más anatómicos de la mujer. En nuestra investigación tomamos 100 mujeres menores de 20 semanas de gestación y con amenaza de aborto, el universo completo fue tratado con su respectivo antibiótico tanto oral como intravaginal, dependiendo de cada uno de los casos, y se le</p>		

añadió progesterona. 50 pacientes tomaron la progesterona por vía oral y las otras 50 se inyectaron por vía intramuscular. Se registró que si existe significancia estadística de la relación de dependencia entre el efecto adverso y la progesterona, es decir que los pacientes que se inyectaron progesterona por vía intramuscular tuvieron menos efectos adversos a comparación de los que optaron por vía oral como medio de administración, pero el tiempo de uso no tuvo mayor significancia a comparación con la progesterona por vía oral.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0926322579 0990551887	E-mail: stfaniapezants@gmail.com samanta_b16@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		