



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DE:  
TITULO DE OBSTETRIZ

**TEMA:**

HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE ESTUDIO A REALIZAR CON  
EMBARAZADAS PRIMIGESTAS QUE ASISTEN AL AREA DE GINECO-  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JAIME ROLDOS AGUILERA DE LA CIUDAD  
DE VENTANAS EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2012

**AUTORAS:**

DIANA CAROLINA ARAGUNDI ZAMORA  
EMERITA ELISA ESCOBAR CARVAJAL

**TUTORA:**

OBST. MSG. GINA MEDINA ERRAZURIZ

**PERIODO LECTIVO**

2012

**BABAHOYO – LOS RIOS**

## CERTIFICACION

Los miembros del tribunal certifican el informe de investigación sobre el tema:  
“HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE ESTUDIO A REALIZAR CON  
EMBARAZADAS EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL AREA DE GINECO –  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JAIME ROLDOS AGUILERA DE LA CIUDAD  
DE VENTANAS EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2012”

De la autoría de:

Las Srtas.: Diana Carolina Aragundi Zamora y Emérita Elisa Escobar Carbajal

---

Presidente del tribunal

---

1ra vocal

---

2do vocal



# Universidad Técnica de Babahoyo

Papel Universitario  
\$ 1,00

0272785

Obstetra. Joe Ordoñez Sánchez

En su Despacho

De mis consideraciones

Al haber sido designado por el consejo directivo de la facultad de ciencias de la salud, Director (a) de tesis del tema: **“HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE ESTUDIO A REALIZAR CON EMBARAZADAS PRIMIGESTAS QUE ASISTEN AL AREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JAIME ROLDOS GUILERA DE LA CIUDAD DE VENTANAS PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2012”**. Cuya autoría corresponde a las post- internos de obstetricia:

Diana Aragundi Zamora y Emérita Elisa Escobar Carbajal.

A usted muy respetuosamente Certifico:

- Haber dirigido y asesorado la Tesis de Grado en todas sus fases interactuantes del proceso investigativo de acuerdo al cronograma de actividades
- Que ha sido realizada según las experiencias metodológicas, técnicas y científicas para el tercer nivel académico de la Carrera de Obstetricia. Y
- Que cumple con los requisitos del reglamento de grado y título de la facultad de ciencias de la salud, por lo **que AUTORIZO SU PRESENTACION, SUSTENTACION Y DEFENSA.**

ATENTAMENTE

OBST. MSG GINA MEDINA ERRAZURIZ.

**DIRECTORA DE TESIS**

FACULTAD DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
D. JOE ORDOÑEZ SANCHEZ

## **DEDICATORIA**

Ejemplo de vida abnegada y llena de sacrificios, cuya meta ha sido siempre guiarnos en nuestra formación como elementos útiles a la sociedad; y por cuyo amor, confianza, apoyo moral y económico llego hoy día a la feliz culminación de mi carrera como estudiante de obstetricia.

Padres, este tiempo es vuestro.

A DIOS Porque me ha permitido vivir y ha sido la luz de mi camino que me ha guiado por el bien y sobre todo por estar siempre conmigo.

A MIS HERMANOS:

Por dar valor a todas las cosas.

A MIS TIAS:

A quienes les dedico con amor y cariño esta tesis como prueba de sacrificio y juntamente con las de mis padres.

A MI ESPOSO:

Por el amor que día a día me dio, el cual me ayudo a mantener la fe en este largo camino.

El sendero fue duro, pero valió la pena.

**DIANA ARAGUNDI ZAMORA**

## **DEDICATORIA**

Este proyecto investigativo se lo dedico:

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño a mis padres, Marco y Carmen que me dieron la vida su apoyo incondicional, por ser el pilar fundamental a lo largo de mi vida y carrera quienes se preocuparon día a día, por brindarme un mejor futuro.

A mi Esposo y compañero Félix por confiar en mí y demostrarme su Amor incondicional.

A mi Hija Emily por haberme iluminado mi vida y ser la fortaleza para conseguir mi superación.

A ellos y todos quienes me brindaron su apoyo incondicional para la culminación de mi carrera como profesional.

**EMERITA ELISA ESCOBAR CARVAJAL**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios por habernos guiado y estar en todo momento de nuestras vidas.

A la universidad Técnica de Babahoyo, magna casa de estudios, formadora de hombres y mujeres capaces de contribuir el desarrollo de nuestra nación.

Agradecemos a todas las personas que con su apoyo incondicional contribuyeron a la culminación de esta meta.

A mis profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

Un agradecimiento muy especial al Director de Tesis, Obst. Gina Medina Errázuriz, por habernos proporcionado valiosa información para realizar mi trabajo de Tesis.

Gracias también a nuestros queridos compañeros, que nos apoyaron y nos permitieron entrar en su vida durante estos años de convivir dentro y fuera del salón de clase.

Gracias Dios por no dármelo todo, sino solo lo que necesito.

**DIANA ARAGUNDI ZAMORA    EMERITA ELISA ESCOBAR CARVAJAL**

## INDICE GENERAL

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINAS</b>
INTRODUCCION	
CAPITULO I	1
1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO	1
1.1 CONTEXTO NACIONAL REGIONAL LOCAL E INSTITUCIONA	1
1.1.1. CONTEXTO NACIONAL	1
1.1.2. CONTEXTO REGIONAL	3
1.1.3. CONTEXTO LOCAL	7
1.1.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL	9
1.2. SITUACION ACTUAL DEL OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	13
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS	14
1.4. DELIMITACION DE LAS INVESTIGACIONES	15

1.5. JUSTIFICACION	15
1.6. OBJETIVOS	16
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
CAPITULO II	17
2. MARCO TEORICO	17
2.1 ALTERNATIVAS TEORICAS ASUMIDAS	17
2.2. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS	84
2.2.1. HIPOTESIS GENERAL	84
2.2.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA	84
2.3. OPERALIZACION DE LA HIPOTESIS ESPECÍFICA	85
CAPITULO III	87
3. METODOLOGIA	87
3.1. TIPO DE INVESTIGACION	87
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA	87

3.3. METODOS Y TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	89
3.4. PROCEDIMIENTO	89
CAPITULO IV	90
4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	90
4.1 TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS	90
4.2. COMPROBACION Y DISCUSIÓN DE HIPOTESIS	100
4.3. CONCLUSIONES	100
CAPITULO V	103
5. PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS	103
5.1. PRESENTACION	103
5.2.1. OBJETIVO GENERAL	103
5.2.2. OBJETIVO ESPECIFICO	103
5.3. CONTENIDO	104
5.4. DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA	104

5.5. RECURSOS	105
5.5.1. PRESUPUESTO PARA LA EJECUCION DE ESTA PROPUESTA	106
5.6. CRONOGRAMA DE LA EJECUCION DE LA PROPUESTA	107
CAPITULO VI	109
6. BIBLIOGRAFIA	109
CAPITULO VII	111
7. ANEXOS	112

## INTRODUCCION

La hemorragia obstétrica es todavía una causa potencial de morbi mortalidad materna y fetal. Su aparición en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación y alarma.

La incidencia de hemorragia en el tercer trimestre de embarazo, es aquel embarazo que impone un aumento de peligro probable o definido a la vida, a la salud de la madre, feto o del niño en su periodo neonatal.

En conjunto un gran número de trastornos que han sido asociados a embarazos de riesgo elevado. Muchos de estos son debidos en última instancia a pobreza, ignorancia o embarazo indeseado, trastornos obstétricos o invalideces biológicas.

Los factores específicos que involucran el riesgo creciente para la madre y el bebe incluyen las determinantes genéticas, las enfermedades maternas o fetales, los trastornos obstétricos, las disfunciones placentarias, complicaciones del cordón umbilical, parto fuera de tiempo y las complicaciones del trabajo de parto, influencias generales asociadas a riesgo perinatal incluyen el estado socioeconómico, el estado emocional, así como la salud y estado nutricional de la madre en el tercer trimestre de embarazo.

Las pérdidas maternas, fetales o neonatales serán menos frecuentes si se proporciona atención sostenida durante todo el embarazo.

Es obligatoria la identificación prematura de aquellos embarazos que presentan riesgos, con el fin de atenderlos a tiempo y prevenir y convertir a cero el porcentaje de morbilidad y mortalidad feto – materno.

Gran parte de las muertes maternas y de productos perinatales pueden ser atribuidos a relativamente pocas causas.

Alrededor del 60% de muertes maternas son atribuibles a hemorragia, infecciones o estados hipertensivos del embarazo (pre eclampsia y eclampsia). Los aspectos siguientes son requisitos necesarios para prevenir e identificar una incidencia de hemorragia

1. Una historia clínica cuidadosa puede revelar factores específicos de riesgo.
2. El examen físico de la madre debe ser organizado para identificar o excluir factores de riesgo.
3. Es obligatoria la valoración asintomática de la madre con estudios de laboratorio cuando sea necesario.
4. La evolución cuidadosa y completa del feto durante todo el embarazo debe incluir estudios especiales para confirmar el bienestar y normalidad del feto.
5. Debe valorarse el efecto del trabajo de parto sobre el feto, con el objeto de evitar sufrimiento fetal.
6. El parto traumático reduce la posibilidad de lesión natal.
7. El examen cuidadoso del neonato inmediatamente después del parto puede relevar signos tempranos de sufrimiento.

La hemorragia vaginal grave es rara antes de las 24 semanas, y cuando se produce, el tratamiento de la madre es prioritario. Sin embargo, las posibilidades de supervivencia fetal en el tercer trimestre son significativas.

Las hemorragias del tercer trimestre aparecen en el 4% de todas las gestaciones. Pueden deberse a cierto desprendimiento de una placenta insertada en la proximidad del orificio cervical interno (OCI), es decir, una

placenta previa (PP), o por desprendimiento de una placenta insertada en cualquier otra parte de la cavidad uterina, es decir, un desprendimiento prematuro de placenta (DPP). En muy escasas ocasiones la hemorragia puede ser el resultado de la inserción ve lamentosa del cordón umbilical (vasa previa) con hemorragia de origen fetal.

La Placenta Previa constituye la primera causa de hemorragia del tercer trimestre, aparece en 1/125-1/250 gestaciones, y las recidivas en posteriores embarazos 2 son del 1-3%. Las diferencias geográficas en cuanto a incidencia son muy escasas, las oscilaciones de unas y otras cifras depende más de los medios de diagnóstico y de lo que se entienda por segmento inferior uterino. La segunda causa de hemorragia del tercer trimestre es el Desprendimiento Prematuro de Placenta, las formas graves se encuentran en 1/1.000 de todos los partos, pero formas subclínicas o larvadas quizá sean mucho más frecuentes, encontrándose en 1/100 gestaciones. El riesgo de recurrencia aumenta hasta 10 veces en sucesivos embarazos. Otras causas son rotura de vasos previos, rotura uterina, rotura del seno marginal de la placenta y lesiones del canal del parto (pólipos, procesos tumorales, ectopia, varices, etc.).

Una vez identificado estos riesgos, se deberán tomar medidas específicas para mejorar el pronóstico de embarazos de riesgos.

## **CAPITULO I**

### **1.- Campo contextual problemático**

#### **1.1.- Contexto nacional, regional, local e institucional.**

##### **1.1.1 Contexto nacional**

Ecuador, oficialmente llamada República del Ecuador, es un país de América, situado en la parte noroeste de América del Sur, en la región andina.

Ecuador limita por al norte con Colombia, al sur y al este con el Perú y al oeste con el océano Pacífico. El país tiene una extensión aproximada a los 283.561 km<sup>2</sup>, que lo colocan en la septuagésima segunda posición en la lista de los países ordenados por superficie. En Ecuador habitan más de 14.3 millones de personas al año 2011, por lo que se trata de la novena nación con mayor cantidad de hispanohablantes en el mundo. El español convive con varias lenguas indígenas, reconocidas como co-oficiales en jurisdicciones especiales por el Estado Ecuatoriano.

Las primeras poblaciones en territorio ecuatoriano se desarrollaron varios períodos precolombinos que comprenden hasta las primeras invasiones incaicas a mediados del siglo XV, pasando a formar parte del Tawantinsuyu.

La conquista española en este territorio se inició en 1534 y por casi 300 años duró la colonia europea. La época independentista tuvo sus orígenes en 1809, e inició el proceso emancipador comprendido desde

1820 hasta el 1822. Después de la definitiva independencia del dominio español, parte del territorio se integró rápidamente a la Gran Colombia, mientras el territorio del litoral permaneció independiente hasta la anexión *via manu militari* por parte de Simón Bolívar. En 1830 los territorios gran colombianos del sur se separaron y se creó la nación ecuatoriana. Desde los inicios de la república existió una inestabilidad política lo que condujo al origen de varias revoluciones a lo largo del siglo XIX. El siglo XX estuvo marcado por la poca o nula participación del país en las guerras mundiales, varios conflictos limítrofes con el Perú, y la conformación de gobiernos militares. En 1979 el Ecuador volvió al sistema democrático, aunque nuevamente aparezca la inestabilidad política durante los últimos períodos de gobierno.

Ecuador consta como el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones (gambas) y cacao.

Políticamente, es una república democrática, participativa y unitaria. La división administrativa del país, en el sentido geográfico se divide de 4 regiones naturales, mientras que en el campo político se compone de 24 provincias. La sede del gobierno y capital es la ciudad de Quito, mientras que el centro financiero-comercial y principal puerto marítimo es la ciudad de Guayaquil.

En el Ecuador existen 70 volcanes, 14 en estado activo, 14 volcanes inactivos y 42 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm.

Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo.<sup>5</sup> Es igualmente el país con la mayor cantidad de especies por kilómetro cuadrado del mundo.

## **1.1.2.-CONTEXTO REGIONAL**

### **Provincia de los Ríos**

Los Ríos, oficialmente es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 650.000 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

### **Límites:**

Al norte Provincia de Pichincha

Al sur Provincia del Guayas

Al este Provincias de Cotopaxi y Bolívar

Al oeste Provincia del Guayas

Superficie 7.256,6 kms.2

### **División Política**

Los Ríos se divide en 13 cantones: Quevedo, Urdaneta, Ventanas, Vinces, Palenque, Buena Fe, Valencia, Mocache, Quinsaloma, Babahoyo, Baba, Montalvo, San Francisco de Pueblo viejo.

### **Gentilicio**

Según una encuesta realizada por los habitantes de la provincia de Los Ríos se ha elegido que el 59.46% se llama Fluminenses.

Población: 527.559 habitantes

## **Fiestas Populares**

Rodeo Montubio en Pimocha, Vinces y Catarama.

Desfile de jinetes y elección de la criolla bonita.

La monta de caballos chúcaros.

La suerte del lazo.

## **Atractivos Turísticos**

Las playas de la hacienda El Salto y las del río Seco.

El Cerro Cacharí y su curiosa estructura.

El estero de Dimas.

Observaciones Demográficas

La mayor parte de la población se halla ubicada en el grupo de 15 a 29 años de edad, lo cual ocurren en casi todas las provincias del Ecuador que se caracteriza por tener una población mayoritariamente joven. Más del 62% de la población vive en el sector rural pero se registra el conocido fenómeno de la inmigración interna campo-ciudad. Es característico también el aumento de la población ocupada en el sector "servicios" que en su mayor parte son trabajos de salarios bajos. Este sector englobaría lo que se conoce como "economía informal".

## **Clima**

La provincia pertenece a la zona climática denominada tropical. Durante el verano (de junio a diciembre) el clima es seco y la temperatura fresca. El invierno muy lluvioso y caluroso va de diciembre a junio. El Prof. Francisco Terán ubica a Los Ríos dentro de la subregión cálido-húmeda. La temperatura media es de 25°C y la precipitación de 1.867 mms.

## **Geografía**

El territorio de la provincia no presenta en general un relieve pronunciado pues las mayores elevaciones no superan los 500 mts. Sobre el nivel del mar. La mayor parte del terreno es plano. Las partes más altas se encuentran hacia el noreste en que coinciden con las estribaciones de la cordillera de los Andes.

Entre estas elevaciones se pueden citar las siguientes: Los cerros de Samama, Nube, el ramal de Sibimbe y el cerro Cacharí.

El relieve de la provincia presenta dos zonas: la región de las sabanas y la región de las lomas. La primera puede sufrir inundaciones con motivo de las lluvias y la creciente de los ríos. La segunda es apta para la ganadería.

## **Hidrografía**

La extensa red fluvial de la provincia es un factor que no solamente la embellece sino que se convierte en un elemento esencial para su desarrollo económico. En la provincia de Los Ríos se encuentran las tierras más fértiles del país, por lo cual la agricultura será siempre una de las actividades primordiales de la provincia.

Se dice que por la cantidad de ríos que la cruzan, García Moreno la denominó con este nombre. Los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes y el principal de ellos es el río Babahoyo cuyos dos principales afluentes en la llanura son el Caracol y el San Pablo, ambos aptos para la navegación.

El río Babahoyo recibe otros afluentes antes de unirse con el Daule y formar el caudaloso Guayas. Estos afluentes son los ríos Vinces, Pueblo viejo, Zapotal y Yaguachi que forman la red fluvial más densos e intrincados de la costa, a la

vez que la más útil para la navegación. En sus orillas se asientan numerosos y pequeños puertos en los que se recogen los productos agrícolas y forestales de las regiones vecinas para ser conducidos a Guayaquil en embarcaciones de todo tipo.

La provincia de Los Ríos se encuentra dentro de la cuenca del río Guayas, por lo que muchos proyectos de riego están vinculados con el desarrollo y los estudios de la mencionada cuenca.

Los sistemas de riego que actualmente se hallan en operación y benefician a la provincia son los siguientes: Chilintomo, Presa Azúcar, Banco de Arena, Milagro, Manuel J. Calle. Existen otros proyectos que se encuentran en fase de estudio o de construcción.

## **Agricultura**

Esta es la principal fuente de producción de la provincia. En las llanuras existen cultivos de arroz, de caña de azúcar, maíz, palma africana, maracuyá, papaya, etc. y en las partes más altas hay condiciones excelentes para los cultivos de exportación: café, cacao, banano, plátano, entre otros. La actividad desplegada por la Universidad Técnica de Babahoyo ha permitido un mejoramiento de la productividad agrícola gracias al empleo de la técnica, fertilizantes, maquinaria y semillas seleccionadas.

La provincia ocupa el primer lugar de la república en la producción de cacao y es la segunda en la costa en la producción de café. El cacao o "Pepa de oro" producido en esta provincia fue desde la colonia hasta la primera guerra mundial el mayor producto agrícola de exportación del Ecuador. Los Ríos es la segunda provincia a nivel nacional en la producción de arroz (superada sólo por Guayas) y la primera entre las provincias de la costa en la producción de

fréjol seco. Ocupa además el primer lugar a nivel nacional en la producción de maíz duro.

Respecto a la producción de palma africana, Los Ríos ocupa el segundo lugar en la costa después de Esmeraldas. A nivel nacional es la primera en la producción de soya. Como se puede constatar, esta provincia es una de las más privilegiadas del Ecuador desde el punto de vista agrícola.

### **1.1.3.-CONTEXTO LOCAL.**

#### **Cantón Ventanas**

Pertenece a Los Ríos en Ecuador.

Está clasificado como: Región administrativa (División administrativa de segundo orden).

La ciudad de Ventanas con una población aproximadamente de 38168 habitantes, pertenece a la Provincia de los Ríos, localizada en la región litoral de la República del Ecuador, a dos horas de Guayaquil y a seis horas de la capital Quito.

Es una ciudad netamente agrícola, se la conoce también como la capital maicera, donde se produce, se comercializan y se exporta varios productos como: café, cacao, arroz, soya, maracuyá, fréjol de palo y su principal producto el banano del cual depende el sustento de la mayoría de sus habitantes, también el comercio se ha convertido en fuente de trabajo y prosperidad en esta ciudad. Ciudad bañada por el majestuoso río Sibimbe, ubicado en el centro del Ecuador con un clima tropical que estimula a propios y extraños a nadar en sus diferentes fuentes de agua dulce que existen en sus alrededores,

Ventanas es una de las ciudades más progresistas, de la provincia de Los Ríos que sale adelante gracias a su gente trabajadora.

### **Festividades**

Cada mes de abril se celebra la fiesta nacional del Maíz El 10 de Noviembre se celebra la cantonización.

### **Autoridades**

Abg. Carlos Carriel Abad: Alcalde Lcda. Fabiola Jiménez: Vice Alcaldesa Sr. Walter Loor: Concejal Ing. Washington Muñoz Pilco: Concejal Cr. Magno Vecilla: Concejal Sra. Elizabeth Cámpelo: Concejala Sr. José Luis Urrutia: Concejal Rural Sr. Valencia Muñoz: Concejal Rural

El Sibimbe te sirve de escolta Al arrullo de tu Calabi Dulce tierra que llevo en el alma Dulce tierra en que un día nací

### **POBLACION DEL CANTON VENTANAS**

CANTON	PARROQUIA	URBANO	RURAL	Total
VENTANAS	VENTANAS	38,168	7,483	45,651
VENTANAS	ZAPOTAL	-	20,900	20,900
VENTANAS	<b>Total</b>	<b>38,168</b>	<b>28,383</b>	<b>66,551</b>

### **LIMITES**

Art. 1. - Crease en la Provincia de Los Ríos el cantón Ventanas integrado por la Parroquia del mismo nombre como Cabecera Cantonal y la Parroquia Zapotal;

Art. 2. -El Cantón Ventanas estará delimitado por los mismos linderos de las Parroquias que lo integran, así: al Norte con la parroquia Zapotal; al Sur con Catarama y Ricaurte; al Este con el río la mina Piedra y Catarama; al Oeste con Pueblo viejo. Los límites de la parroquia Zapotal son al Norte el Cantón

Pujili, Provincia de Cotopaxi, al Sur la Parroquia Ventanas; al Este la Parroquia Guanujo, Cantón Guaranda Provincia de Bolívar y los ríos la Junta y Sibimbe; y al Oeste las Parroquias Quevedo, Mocache y Palenque. Dado en Quito, en la Sala de Sesiones del H. Congreso Nacional, a 4 de Noviembre de 1952.

#### **1.1.4.-CONTEXTO INSTITUCIONAL**

##### **Hospital Jaime Roldos Aguilera**

La referida escritura pública en sus partes más esenciales dice:

En la ciudad de Ventanas a los siete días del mes de Julio del año mil novecientos setenta y ocho ante mi ab. Jacinto Manuel Morante Valencia comparecieron por una parte la Sra. Bélgica Chamorro de Franco y el ab. Arduino Tomassi en representación del i. municipio de Ventanas y, en sus calidades de presidente y procurador síndico respectivamente; y por otra parte el señor Dr. Nazario Alfonso Proaño Jiménez en su calidad de jefe provincial de salud de los ríos en representación del señor ministro de salud pública, y en su calidad de donatario, quienes en forma libre y voluntaria presentan la presente minuta ante mí la cual dice:

Otorgan y suscriben este instrumento: por una parte como donante la muy ilustre municipalidad de Ventanas representada por los señores Bélgica Chamorro de Franco y abogado Arduino Tomassi en sus calidades de presidente y procurador síndico municipal según consta en la certificación que como documentos habilitantes se adjuntan a la presente, y debidamente autorizados tanto por el i. consejo cantonal de Ventanas de quienes son sus representantes legales como por el ministerio de gobierno y municipalidades mediante acuerdo ministerial número setecientos nueve del seis de septiembre de mil novecientos setenta y siete, y por otra parte el ministro de salud pública representado por el señor Dr. Nazario Alfonso Proaño Jiménez en su calidad de jefe provincial de salud de los ríos según consta en la certificación que como

documento habilitante se adjuntan al presente y debidamente autorizados mediante acuerdo ministerial número nueve mil quinientos cincuenta y cinco de fecha veintidós de mayo de mil novecientos setenta y ocho conforme lo demuestran los comparecientes en los documentos habilitantes que se acompañan para que se copien en la matriz y se agregue a la escritura.

**Antecedentes:** en virtud del crecimiento demográfico que experimenta el cantón y para satisfacer las necesidades de control y atención medica que requieren sus moradores la i. municipalidad de ventanas resolvió adquirir por compra a la cita presa una hectárea de terreno por el valor de veinte mil sucres a efecto de que en dicho lugar se construya el hospital de ventanas. El terreno materia de la presente donación lo adquirió la I. municipalidad de ventanas por compra-venta a la compañía predios rústicos ecuatorianos (preca), debidamente representado por los señores Cesar Enderica Aguirre y Dr. Carlos zunino guzmán en sus calidades de gerente y presidente de la antes mencionada compañía, según consta de la escritura pública celebrada ante el señor notario del cantón ventanas ab. Julio Sañay Solís el catorce de julio de mil novecientos setenta y siete, inscrita en el registro de la propiedad el cuatro de enero de mil novecientos setenta y ocho.

**Donación:** con tales antecedentes la i. municipalidad del cantón ventanas dona en forma irrevocable al ministerio de salud pública el lote de terreno que se encuentra descrito en la anterior clausula, a efectos de que el ministerio construya el hospital de ventanas.

**Aceptación:** el señor Dr. Nazario Alfonso Proaño Jiménez jefe provincial de salud de los ríos a nombre y representación del ministerio de salud pública debidamente autorizado acepta la donación materia de este documento. ventanas, ciudad progresista y con encomiable actividad comercial, situada en el centro de la provincia de los ríos y bañada por el Sibimbe y kalabí, que

hacen de esta fértil zona un emporio de la economía entre la costa y la sierra, no contaba con un centro de salud en los años setenta y se atendía a sus habitantes en el subcentral de salud, situado en las calles 9 de octubre y 10 de agosto (actual club de leones), pero la demografía y las necesidades obligaron a sus autoridades a solucionar esta importante demanda.

Fue en época del triunvirato cuando se impulsaron los planes de construcción hospitalarias, este gobierno concesionó a una empresa italiana no solo la construcción del hospital sino también el equipamiento.

Durante este periodo los trabajos se iniciaron, pero no se terminaron; y es en el gobierno constitucional del Dr. Jaime Roldos Aguilera quien asume el poder en mil novecientos setenta y nueve y por pedido expreso de los diputados de la provincia de los ríos honorables Lcdo. Gabriel Nicola loor de ventanas, sr. Gary esparza Fabiana de Babahoyo y Dr. Washington Faytong Velásquez jefe provincial de salud de los ríos de ese entonces que se reanuda los trabajos, siendo ministro de salud pública el Dr. Gil Bermeo Vallejo; la obra se termina a mediados de mil novecientos ochenta y uno.

Habiéndose posesionado como nuevo ministro de salud pública el doctor Miguel Coello Fernández, le corresponde el equipamiento, la organización y búsqueda del personal médico, paramédico, administrativo y de servicio, de cuya coordinación estuvieron encargados los diputados Gabriel Nicola loor y Gary esparza Fabiana por los relevantes esfuerzos hechos a favor de la construcción del hospital. Los directivos en común acuerdo resolvieron ponerle el nombre de “Jaime Roldos Aguilera”.

La inauguración oficial fue el diez de noviembre de mil novecientos ochenta y uno con asistencia de representantes del ministerio de salud y jefatura provincial de salud de los ríos, habiendo sido sus directores los siguientes

profesionales: Dr. Jorge Gaybor vivar, doctor Gabriel Andrade Moreira, Dr. Galo Verdín, Dr. Alejandro López Torres, Dr. homero Vizcarra Coloma, Dr. Carlos vera rivera, Dr. Estuardo vite molina, Dr. Carlos napoleón casanova Leyton, Dr. Misael Vera Vera, Dr. Gilberto Salazar Badillo, Dra. Nelly Sotovilla, Dra. Gladys barragán López, Dr. Olmedo Beltrán, Dr. Luís flores Almeida la Dra. Doménica Bhrunis Sandoya y actualmente Dr. Eraclio Lindao.

En breves rasgos esta es la historia del hospital, en donde servimos con abnegación y sacrificio todos los integrantes, en beneficio de nuestra colectividad, sin embargo el paso del tiempo y los adelantos científicos y técnicos, vertiginosamente exigen cambios reales en nuestra institución.

#### **NOMINA DE DIRECTORES DEL HOSPITAL**

1. Dr. Jorge Gaybor Vivar
2. Dr. Gabriel Andrade Moreira
3. Dr. Galo Verdín
4. Dr. Alejandro López Torres
5. Dr. Homero Vizcarra Coloma
6. Dr. Carlos Vera Rivera
7. Dr. Estuardo Vite Molina
8. Dr. Carlos napoleón Casanova Leyton
9. Dr. Gilberto Salazar Badillo
10. Dra. Nelly Sotovilla
11. Dr. Misael Vera Vera
12. Dr. Carlos Vera Rivera
13. Dra. Gladys Barragán López
14. Dr. Olmedo Beltrán
15. Dr. Luís flores Almeida
16. Dra. Doménica Bhrunis Sandoya
17. Dr. Eraclio Lindao

## **1.2.-SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN**

Algunos estudios se han realizado tratando de encontrar los factores incidentes en tal situación; sin embargo, muy pocos presentan las consideraciones de los propios pacientes. Los estudios que se han realizados en el país presentan una situación global, sin mostrar las particularidades que encierren cada región o comunidad en particular. Todas las recomendaciones y observaciones se fundamentan en las prácticas en materia de control y tratamiento.

Factor que nos permitió interesarnos para desarrollar este trabajo y considerando el personal de Ginecología y Obstetricia del Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas, se planteó el proyecto de investigación, mediante los resultados del diagnóstico previo, muestra la coherencia entre el sistema actual y los objetivos de la investigación del trabajo y la organización se relaciona estrechamente con el compromiso de la educación para la salud, basado en un control efectivo de la Hemorragia del Tercer Trimestre.

Como resultado del trabajo de campo, el informe de la investigación realizada es el resultado alcanzado de los objetivos formulados. Se ha tenido ciertos inconvenientes como los que siempre encontramos en los trabajos de investigación entre la que tenemos las restricciones a la información, las mismas que consistieron en falta de compromiso de información en la participación de los observados. Obviando estas situaciones, se pudo concluir satisfactoriamente.

### **1.3.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La elaboración de la tesis es una alternativa de trabajo con un marco contextual donde se articula la relación entre Obstetrices, Ginecólogos y pacientes, el trabajo es garantizado, por tanto el problema presentado define normas generales y derivadas que servirán para mejorar los conocimientos y técnicas para un eficaz diagnóstico y tratamiento en usuarias primigestas con hemorragia del tercer trimestre que acuden al área de Gineco obstetricia del Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas Enero – Junio 2012.

#### **1.3.1.-PROBLEMA GENERAL**

¿Cómo influyen las técnicas de diagnóstico empleadas por las Obstetrices y ginecólogos en los procesos de Hemorragia del Tercer Trimestre en Primigestas que acuden al área de Gineco Obstetricia del Hospital Jaime Roldos Aguilera periodo 2012?

#### **1.3.2.-PROBLEMAS DERIVADOS.**

- ¿A qué se debe que cada día se presentan más casos de hemorragia de tercer trimestre en primigestas con un contexto poblacional globalizado?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo en primigestas que presentaron Hemorragia del Tercer Trimestre en el Hospital Jaime Roldos Aguilera?
- ¿Es adecuada la aplicación de las normas, protocolos y procedimiento del personal de Obstetricia y Ginecología que labora en el Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas?

#### **1.4.-DELIMITACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES.**

Este estudio está delimitado desde Enero – Junio del 2012 en el Área Gineco-obstétrica del “Hospital Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas”

#### **1.5.- JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo es una investigación para determinar la Incidencia de la Hemorragia del Tercer Trimestre en primigestas que acuden a la consulta Gineco Obstetricia del Hospital Jaime Roldos Aguilera en el periodo Enero – Junio 2012.

Concluimos que la variedad de factores asociados a la hemorragia del tercer trimestre tienen una implicación socio-económica y cultural intrínseca.

En el hospital Jaime Roldos Aguilera hasta el momento no se ha realizado ningún estudio para tratar de establecer cuál es la magnitud y caracterización de la problemática a la que nos estamos enfrentando, y poder incidir en los factores de riesgo para disminuir la morbilidad materna y perinatal por hemorragia del tercer trimestre lo cual justifica la realización de este estudio.

Recomendamos mejorar acciones de atención primaria de salud con un excelente control prenatal y categorizar los embarazos para un seguimiento adecuado estableciendo un sistema de referencia-contrareferencia eficiente efectiva y eficaz.

De esta manera estudiaremos los factores que originan la incidencia de hemorragia en el tercer trimestre en usuarias que cursan su primer embarazo, con todas sus implicaciones negativas sobre el producto de la concepción.

## **1.6 OBJETIVOS.**

### **1.6.1.-OBJETIVO GENERAL.**

Analizar las técnicas utilizadas por los Profesionales de Obstetricia y Ginecología para el diagnóstico y tratamiento de las primigestas con Hemorragia del Tercer Trimestre que asisten al Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas.

### **1.6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Conocer los aspectos sociales, culturales, económicos, y familiares de las primigestas con hemorragia del tercer trimestre.
- Sistematizar modelo de capacitación que permita al profesional de Obstetricia y Ginecología dar una atención oportuna, integral, eficiente, calidad, calidez, y equidad a la primigesta con hemorragias en el tercer trimestre.
- Determinar los factores de riesgos, que podrían estar relacionados con este problema de Salud en las primigestas.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1.-ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS**

##### **EMBARAZO**

El embarazo o gravidez (del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

## **DEFINICION Y TIPOS**

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer.

El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios.

## **CARACTERISTICAS GENERALES**

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

## **SIGNOS PRESUNTIVOS DEL EMBARAZO**

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

### **Interrupción de la menstruación**

Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea enfermedades físicas (algunas de cierta gravedad, como tumores del ovario, trastornos de la glándula tiroides y muchas otras), un choque muy fuerte, anorexia, el efecto de un viaje en avión, una operación, estrés o la ansiedad pueden retrasar la menstruación.

En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en multíparas que en primigestas.

### **Mucosa vaginal**

Como consecuencia del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick - Jacquemier.

### **Formas del útero**

#### **Signo de Noble-Budin**

A partir de las ocho semanas de la gestación la presión del producto de la gestación hace que se ocupen los fondos de saco que se forman en la unión de la vagina con los lados del cuello uterino. De modo que se percibe en el tacto

vaginal, la forma redondeada y turgente del útero al explorar los lados profundos del cuello uterino.

### **Signo de Hegar**

A partir de la sexta a octava semana del embarazo, durante el examen bimanual del útero se siente blando en exceso, pastoso y elástico en especial el istmo del útero en contraste con la dureza y firmeza del cuello uterino.

### **Signo de Piskacek**

Al realizar la exploración física del útero, en especial si la implantación del embrión ocurrió cercana a uno de los orificios de las trompas de Falopio, se percibe una asimetría con prominencia hacia el cuerno uterino que sostiene la implantación. Es un signo que puede observarse también con el uso de anticonceptivos orales.

### **Signo de Goodell**

Relacionado con cambios del cuello uterino, el cual se vuelve blando con el embarazo a diferencia de su consistencia dura en estados no gestacionales.<sup>9</sup> Se hace la analogía de sentir el cuello uterino como tocar los labios bucales, en vez de sentirlo normalmente como sería el tocarse la punta de la nariz.

### **Contracciones de Braxton Hicks**

Después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca. Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

### **Peloteo fetal**

Durante la segunda mitad del embarazo, entre el cuarto y quinto mes se puede palpar partes fetales a través del tacto vaginal. Cuando el examinador empuja levemente el fondo de saco que rodea al cuello uterino puede apreciar la separación del feto de su dedo y el regreso del mismo a su posición inicial en contacto con el dedo del examinador. Es un signo que en raras ocasiones puede sentirse en tumores voluminosos del ovario concomitante con ascitis.

### **Palpación del feto**

Aproximadamente a partir del quinto mes del embarazo es posible para un examinador experimentado sentir las partes fetales a través de la pared abdominal materna, maniobra que es más exitosa hacia el término del embarazo. Partes similares pueden ser palpables ante tumores intraabdominales, algunos miomas suberosos pueden, por ejemplo, llegar a tener el mismo tamaño y consistencia que la cabeza fetal, causando errores en el diagnóstico.

### **FACTORES DE RIESGO**

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo:

- Antecedentes de pre eclampsia o eclampsia.
- Consumo habitual de alcohol y tabaco después de las primeras semanas de embarazo.
- Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.
- Embarazos múltiples.
- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.
- Hemorragia durante la segunda mitad del embarazo en embarazo anterior.

- Hijos anteriores con alguna malformación.
- Intervalo entre embarazos inferior a 2 años.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varía de acuerdo a talla)
- Problemas en un embarazo previo.
- Talla menor a 140 cm.
- Riesgos alimenticios:
- Los pescados con alto contenido de mercurio deben ser evitados, como el tiburón, pez espada, carita, blanquillo y algunos atunes. Otros alimentos como el camarón, salmón, bacalao y bagre, que su contenido de mercurio es bajo, no se deben ingerir más de una vez por semana.

## **CUIDADOS ESPECIALES**

Hay embarazos que, por sus especiales circunstancias, requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al bebé en situación de riesgo.

### **Embarazadas desnutridas**

La nutrición de la mujer antes, durante y después del embarazo es fundamental para tener niños sanos. Los requerimientos de nutrientes aumentan considerablemente durante el embarazo y la lactancia. Una mujer que llega desnutrida o se desnutre en el embarazo puede tener complicaciones durante este y el parto. Así como posibilidades de tener un hijo de bajo peso al nacer (menor a 2,500 g). Estos niños tiene más posibilidades de:

- crecer y desarrollarse con retraso
- Contraer infecciones y morir (el riesgo aumenta cuanto menor sea el peso del nacido).
- tener bajas reservas de micronutrientes, lo que puede llevar a enfermedades como la anemia, deficiencia en Zinc o vitamina A, etc.

- Riesgos a desarrollar enfermedades cardíacas, hipertensión, obesidad y diabetes de adultos.

### **Anemia**

El estado de anemia ya existente no es obstáculo para el embarazo: un 20% de las mujeres pueden estar algo anémicas antes de concebir. La forma más común de anemia se debe a la pérdida de sangre durante la menstruación, y es una anemia por deficiencia de hierro (cuando el nivel de hemoglobina es inferior a 12,8 g/100 ml de sangre). Antes de concebir sería conveniente consultar al médico, quien podrá corregir fácilmente la anemia por deficiencia de hierro con un tratamiento específico. También podrá aumentar la ingestión de alimentos ricos en hierro.

### **Hemorragia preparto**

Antes de las 24 semanas, una hemorragia vaginal puede desembocar en aborto. Después, el feto se considera viable, es decir que podría sobrevivir fuera del útero materno. La hemorragia tras las 24 semanas se conoce como hemorragia preparto, y las dos causas principales proceden de la placenta.

### **Desprendimiento de placenta**

Si la placenta se desprende del útero, se producirá hemorragia. La sangre se acumula hasta derramarse por el cuello del útero, y va acompañado de dolor intenso y contracciones uterinas. Se considera una urgencia obstétrica, ya que pone en peligro la vida tanto de la madre como la del feto y solo en casos muy especiales no termina en cesárea de urgencia.

### **Placenta previa**

Cuando la placenta está adherida a la parte inferior de la pared del útero, se denomina placenta previa. Si se encuentra total o parcialmente sobre el cuello uterino, puede resultar peligrosa durante el parto, al provocar hemorragia e

interrumpir la circulación sanguínea del feto. El problema se detecta con ultrasonido. Si se produce hemorragia, la ingresarán en el hospital y el niño nacerá mediante cesárea.

### **Hipertensión**

Hipertensión gestacional, es la aparición de hipertensión por encima de 140/90 mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo. Si existe hipertensión previa al embarazo, requiere chequeo médico y tratamiento antes de la gestación. Posiblemente requiera cambio de fármacos y un seguimiento de la función renal. Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normales. Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad.

En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto. Un aumento de la presión arterial al final del embarazo puede ser síntoma de pre eclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Es aquel que ocurre en mujeres entre 10 a 19 años.

### **Causas**

La tasa de embarazos en la adolescencia y el índice de natalidad para adolescentes han disminuido en general desde que alcanzó su punto más alto en 1990, debido en gran parte al incremento en el uso de condones.

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse. Los adolescentes menores (10 a 14 años de edad) tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales no planeadas y de ser forzados al

sexo. Los adolescentes de 18 a 19 años de edad técnicamente son adultos y la mitad de los embarazos en adolescentes ocurre en este grupo de edad.

**Los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes abarcan:**

- Edad más joven
- Rendimiento académico deficiente
- Desventaja económica
- Padres solteros o adolescentes

**Síntomas**

Los síntomas del embarazo abarcan:

- Distensión abdominal
- Aumento de tamaño de las mamas y sensibilidad mamaria
- Fatiga
- Mareos o desmayos reales
- Ausencia del período
- Náuseas/vómitos
- Micción frecuente
- Pruebas y exámenes
- Pruebas y exámenes

La adolescente puede o no admitir que ha tenido relaciones sexuales. Si la adolescente está embarazada, generalmente se presentan cambios de peso (con más frecuencia es un aumento, pero puede haber también pérdida, si las náuseas y vómitos son considerables). El examen físico puede mostrar aumento en el perímetro abdominal y el médico puede sentir el fondo uterino (parte superior del útero agrandado).

El examen pélvico puede revelar la coloración azulada o violácea de las paredes vaginales, una coloración igual y ablandamiento del cuello uterino, al igual que ablandamiento y agrandamiento del útero.

Una prueba de embarazo en orina y/o GCH en suero generalmente es positiva. Se puede realizar una ecografía del embarazo para confirmar o verificar las fechas exactas del mismo.

### **Tratamiento**

Todas las opciones disponibles para la adolescente embarazada se deben considerar cuidadosamente, incluyendo el aborto, la adopción o criar al niño con el apoyo de la comunidad o de la familia. La discusión con la adolescente puede requerir de varias consultas con un médico para que le explique todas las opciones de una manera imparcial y que involucre a los progenitores o al padre del bebé si es apropiado.

El cuidado prenatal temprano y adecuado, preferiblemente a través de programas especializados en embarazos de adolescentes, garantiza el nacimiento de bebés más sanos. Las adolescentes embarazadas necesitan valoración para consumo de cigarrillo, alcohol y drogas y se les debe ofrecer apoyo para ayudarlas a que dejen estos hábitos.

La nutrición adecuada se puede estimular a través de la educación y los recursos de la comunidad. Se debe hacer hincapié igualmente en hacer el ejercicio apropiado y dormir adecuadamente. Después del parto, son importantes los servicios e información sobre métodos anticonceptivos para evitar que las adolescentes queden nuevamente en embarazo.

Se debe estimular y ayudar a las adolescentes embarazadas y a las que ya han dado a luz recientemente a que continúen en el colegio o que reingresen a programas educativos que les brinden las destrezas para ser mejores padres y

poder encargarse de su hijo financiera y emocionalmente. El cuidado infantil accesible y de costo apropiado es un factor muy importante para que las madres adolescentes continúen sus actividades escolares o ingresen a la fuerza laboral.

### **Pronóstico**

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener en general más hijos. Las madres adolescentes se atrasan aproximadamente dos años con respecto a su grupo de edad para completar sus estudios. Las mujeres que tienen un bebé durante sus años de adolescencia tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza.

Las madres adolescentes con antecedentes de abuso de sustancias son más propensas a reincidir en este comportamiento aproximadamente a los 6 meses después del parto.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad que las madres mayores de tener un segundo hijo dentro de los dos años siguientes al primer hijo.

Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Asimismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños varones tienen una tasa superior al promedio de ser arrestados y encarcelados.

### **Posibles complicaciones**

El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. La muerte por violencia es la segunda causa principal de muerte durante el embarazo para adolescentes y es mayor en adolescentes que en cualquier otro grupo.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:

- Placenta previa.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Parto prematuro.
- Anemia grave.
- Toxemia.

Los bebés nacidos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también es un factor.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas.

### **Cuándo contactar a un profesional médico**

Solicite una cita con el médico si tiene síntomas de embarazo.

El médico también puede brindar asesoría con relación a los métodos de planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o riesgos del embarazo.

## **Prevención**

Existen muchos tipos diferentes de programas de prevención del embarazo en la adolescencia.

Los programas de educación para la abstinencia estimulan a las personas jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y un posible embarazo en una forma responsable.

Los programas basados en el conocimiento se concentran en enseñarles a las adolescentes acerca su cuerpo y sus funciones normales, al igual que a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las investigaciones indican que la educación de sólo abstinencia sin información acerca de la anticoncepción no disminuye las tasas de embarazo en la adolescencia, pero los programas basados en el conocimiento sí lo hacen.

Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil a la información, asesoría por parte de profesionales de la salud y servicios de anticoncepción. Muchos de estos programas se ofrecen a través de consultorios ubicados en los colegios.

Los programas de asesoría por parte de compañeros generalmente involucran adolescentes mayores que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente. Estos programas tienden a tomar más un enfoque personal, ayudando a las adolescentes a entender sus propios riesgos. A aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, estos programas de asesoría de compañeros también les brindan las habilidades

para la negociación dentro de las relaciones sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

El embarazo en adolescentes es una realidad, pero su magnitud varía de acuerdo a los contextos socio económicos y culturales. Cada año el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres, respecto del total de adolescentes de este grupo de edad, corresponde a 6 de cada 100 en centro América.

En la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total, cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo. El crecimiento de la población mundial dependerá en gran medida de hasta qué punto se satisfagan las necesidades de salud reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años. En concreto las decisiones de este grupo poblacional sobre el tamaño de la familia decidirá la población mundial del futuro.

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos. El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable.

Una razón es biomédica. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. Y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Otro tipo de consecuencias a

largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

Las embarazadas adolescentes tienen mayor posibilidad de tener desnutrición y de dar a luz a hijos con bajo peso. Por motivos físicos y sociales:

- Sus cuerpos aún no están del todo desarrollados, por esto sus necesidades de nutrientes son muy altas durante el embarazo. Además tiene mayores posibilidades de morir durante el embarazo o lactancia que las mujeres mayores.
- Algunas niñas temen decir que están embarazadas, y por este motivo retrasan el cuidado prenatal. Algunas niñas son obligadas a dejar la escuela y en algunos casos sus casa, y por esto devén procurarse sustento para ellas mismas, y en algunos casos recurren a la prostitución para conseguir sustento.

Estos peligros se pueden procurar advirtiendo a niñas y adolescentes de los riesgos del embarazo y explicando los distintos métodos anticonceptivos. Además se las debe observar y aconsejar si están embarazadas.

## **LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

Los riesgos de la adolescente embarazada están asociados con complicaciones prenatales como inadecuado y tardío control prenatal, anemia, desnutrición, hipertensión inducida por la gestación, enfermedades de transmisión sexual, para prematuro, parto prolongado, complicaciones intra parto como sufrimiento fetal, atonía uterina, desproporción feto-pélvica, mayor proporción de cesáreas siendo inversamente proporcional a la edad materna.

Los riesgos para el neonato son: retardo del crecimiento intrauterino, ictericia neonatal, sepsis, malformaciones congénitas, síndrome de dificultad respiratoria, y alta mortalidad neonatal.

La adolescente que se embaraza por segunda vez tiene factores de riesgo que aumentan el parto prematuro y la mortalidad neonatal; riesgo que aumenta si fuma durante el embarazo.

El personal de salud requiere de habilidades comunicativas y conocimientos de los cambios biopsicosociales y obstétricos del adolescente para abordar a la adolescente embarazada. Importante realizar una completa historia clínica incluyendo preguntas sobre el sexo, las drogas y el alcohol, generar y garantizar la confidencialidad de la información y garantizar la privacidad.

## **CLASIFICACION DE LOS EMBARAZOS DE RIESGO**

No existe hasta el momento una clasificación con criterio epidemiológico de los distintos trastornos que complican el embarazo de una manera determinada.

Uranga y colaboradores han realizado una calificación de los embarazos de riesgo tomando en consideración: la edad, paridad, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo actual y afecciones agregadas al mismo; adjudicándole convencionalmente un puntaje de acuerdo al grado de riesgo que impone cada caso.

Tomando en cuenta estos puntajes que son tentativos se los ha clasificado en embarazo de: BAJO, MEDIANO Y ALTO RIESGO.

Correspondiéndole a los embarazos de BAJO RIESGO en puntaje que oscila entre 5 y 19 puntos.

A los embarazos de MEDIANO RIESGO se le da un puntaje que oscila entre 20 y 10 puntos.

Y, los embarazos de ALTO RIESGO superan la cifra de los 80 puntos.

Estas cifras resultan de sumarle alguna otras patológicas a la específica mencionada.

A continuación presentamos un cuadro donde se agrupan los factores de riesgo.

		Puntaje	
EDAD	{	< De 15 años.....	10
		15 – 19 años.....	5
		30 – 39 años.....	15
		>De 40 años.....	20
PARIDAD	{	0.....	5
		4-6.....	10
		7 y más.....	20
ABORTO	{	1.....	15
		Aborto 2 o más.....	30
Muerte fetal O neonatal	{	1.....	15
		2.....	30

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	}	Parto prematuro 1.....	15
		O parto inmaduro 2 o más.....	30
	}	Cesárea anterior.....	20
		Recién nacido:	
		Con anomalía congénita: 1.....	10
		Con anomalía congénita: 2.....	20
		Con daño físico.....	10
		Con daño neurológico.....	20

Complicaciones Del embarazo Actual	}	Estrechez pelviana o desproporción...	30
		Presentación { Anormal	Pelviana.....
	otras.....		20
	}	Embarazo múltiple.....	30
		Hemorragia 2de mitad.....	40
		Amenaza de aborto.....	20
		Amenaza de parto:	
		Prematuro.....	30
		Inmaduro.....	40
		Embarazo prolongado.....	15
Insuficiencia placentaria.....	30		

}	Sensibilización Rh.....	30
	Pre eclampsia:	
}	Moderada.....	20

	Grave.....	30
	Eclampsia.....	40
	Hipertensión Crónica:	
	Moderada.....	15
	Severa.....	30
Afecciones	Nefropatía crónica.....	30
Agregadas	Cardiopatía:	
Al	Grupo 1 o 2.....	10
	Grupo 3 o 4.....	30
Embarazo	Trastornos endocrinos previos:	
Actual	Adrenal, pituitario, tiroideo.....	30
	Anemia:	
	Hb. 9-10g.....	10
	<9 g.....	20
	Diabetes.....	40
	Prediabetes.....	20
	Infecciones urinarias:	
	Aguda.....	5
	Crónica.....	25
	Infecciones agudas:	
	Rubeola (hasta el 4to mes).....	40
	(Después del 4to mes).....	20
	Hepatitis.....	20
	Infecciones crónicas:	
	Sífilis tratadas.....	0
	Sífilis no tratadas.....	20
	Toxoplasmosis:	
	Anterior al embarazo.....	10
	Contraído durante el embarazo.....	40
	Enfermedad de chagas:	

}	Anterior al embarazo.....	10
	Contraído durante el embarazo.....	40

## **VALORACION CLINICA DE LOS FACTORES RIESGO**

Para valorar clínicamente los factores de riesgo, debe de considerarse los siguientes antecedentes:

**EDAD MATERNA.-** Los riesgos maternos, fetales y neonatales son más elevados cuando las embarazadas es muy joven o comparativamente vieja para la reproducción. EL embarazo más seguro para la madre y su progenie es cuando la edad de esta oscila entre los 20 y 29 años.

La concepción en edad menos de 19 años se asocia a una tasa aumentada de muerte perinatal, y más del 18% de los partos prematuros ocurren en este grupo de edad.

La concepción después de los 35 años de edad plantea un riesgo aumentado de defectos genéticos y se asocia a una tasa aumentada de muerte perinatal. Las pacientes, entre 15 y 19 años de edad y 30 y 34 años tienen cierto riesgo aumentado.

## **ANTECEDENTES OBSTETRICOS.-**

Existe una correlación positiva alta entre insuficiencia o desgaste reproductivo previo o subsiguiente.

De extremo a extremo, los segundos embarazos tienen la tasa de mortalidad más baja. Son útiles los siguientes criterios para identificar aquellos con riesgo.

1.- Dos o más abortos previos, puede ser recomendable el estudio genético.

- 2.- Mortinato previo o pérdida del producto en el periodo neonatal (el saber el tiempo de la gestación en el cual ocurrió la muerte puede ayudar a determinar causa del mortinato).
- 3.- Anomalías de los órganos genitales que predisponen al parto prematuro. Las más comunes son: cérvix incompetente, malformaciones cervicales y malformaciones uterinas.
- 4.- previo trabajo de parto prematuro, o neonato de peso bajo menos de 2500 gramos.
- 5.- Lactantes previo excesivamente grande, más de 4000 gramos, requiere la exclusión de diabetes mellitus.
- 6.- Leiosomia uterina (de 5cm diámetro o más, o su mucosa)
- 7.- Citología cervical anormal
- 8.- tumor ovárico.
- 9.- Paridad de más de 8 (aunque la paridad de 5 o más crea un aumento moderado de riesgo).
10. Producto previo con isoimmunización o incompatibilidad ABO y Rh.
- 11.- Toxemia ecláptica.
- 12.- Lactantes previos con trastornos genéticos o familiares conocidos, sospechosos así como anomalías congénitas.
- 13.- Antecedente de lactantes con lesión natal o necesidad de cuidados neonatales especiales.
- 14.- Embarazo previo, terminado por indicación médica.

Factores adicionales que sitúan al paciente en un grado menor de riesgo incluyen: partos quirúrgicos previos, parto mediante fórceps, o extracción de nalga, trabajo de parto prolongado o distocia importante previa, operaciones uterinas o cervicales previas, primigestas, esterilidad involuntaria y embarazo menor de 3 meses después del último parto. La naturaleza recurrente de los factores de riesgo, requieren una investigación cuidadosa.

## **HISTORIA OBSTETRICA EN EL EMBARAZO DE RIESGO**

La historia obstétrica de estas pacientes debe incluir, como condición de orientación para el riesgo, las siguientes indicaciones:

### **1. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Presencia de desórdenes cromosómicos o posible herencia de los mismos. Condición socioeconómica de bajo nivel causante de mal nutrición materna; agotamiento materno o embarazo no deseado. Antecedentes familiares de diabetes u otros trastornos endocrinos.

### **2. HISTORIA MÉDICA ACTUAL**

Estado diabético o enfermedades del tiroides o de la adrenal. Enfermedad renal o cardiovascular. Isoinmunización previa. Serología positiva para sífilis. Enfermedad materna con un factor que puede ser transmitido por vía transplacentaria (miastenia gravis, trombocitopenia idiopática, etc.)

### **3. ANTECEDENTES DE LA REPRODUCCIÓN**

Infertilidad previa.

Nacimiento de feto materno o más de 2 abortos espontáneos.

Nacimiento de un niño con defecto congénito.

Parto prematuro anterior.

Nacimiento de un niño de bajo peso, menos de 2000 gramos al término, o de excesivo peso más de 4500 gramos.

Diabetes gestacional en embarazos anteriores, o glucosuria durante el embarazo, hidramnios, toxemia recurrente del embarazo, hidramnios, anomalías uterinas, isoinmunización presente.

### **4. EMBARAZO ACTUAL**

Gestante menor de 15 años o mayor de 39 años de edad.

Excesiva o inadecuada ganancia de peso.

Evidente estado de mal nutrición.

Falla en el crecimiento normal del útero.

Isoinmunización presente.

Enfermedades virales.

Uso de drogas (narcóticos, barbitúricos, alcohol y tabaquismo).

Hipoxia, convulsiones del SNC, población en elevadas altitudes.

Anormalidades endocrinas, desordenes tiroideos y de la certeza adrenal.

## **5. EXAMEN FISICO**

Es útil un examen abdominal cuidadoso para la valoración general del crecimiento fetal, en fase temprana del embarazo; esto solo puede lograrse mediante una estimación del tamaño con la marca de maternidad. Más tarde el examen físico debe incluir las cuatro maniobras de LEOPOLD, determinaciones de la situación, presentación, posición y hasta cierto grado estación del feto junto con la medición precisa de la altura del fondo uterino.

## **6. ESTATURA**

Las mujeres con una estatura de menos de 150 cm, tienen una posibilidad significativamente mayor de desproporción feto pélvica durante el parto.

## **PESO**

El peso bajo, o el peso excesivo (un peso previo a embarazo de 20% menor o mayor que el estándar aceptado del peso normal en relación a la altura) plantea un riesgo substancial agregado.

## **PRESIÓN SANGUINEA.**

La hipertensión de 140/90 mg/hg o presión sanguínea sistólica de 30 mg/hg o diastólica de 20 mg/ hg, por arriba de las determinaciones previas se correlacionan con riesgo elevado.

## **RETINOPATIA**

Muy a menudo debido a diabetes o hipertensión.

## **ANOMALIAS DE LAS MAMAS**

El carcinoma asociado a embarazo lleva consigo un pronóstico materno grave.

## **SOPLOS CARDIACOS**

U otras anomalías cardíacas, llevan consigo un riesgo muy elevado para la madre y el bebé.

## **TAMAÑO UTERINO**

Un útero de tamaño inadecuado para la edad gestacional puede ser debido a hidramnios, tumores, embarazos múltiples, o una muerte fetal.

## **PROBLEMAS ORTOPEDICOS**

Las deformaciones del dorso, pelvis o extremidades pueden significar que la pelvis no es de un tamaño o forma apropiada para el parto vaginal.

## **7. EXAMEN PELVICO**

Debe planearse el examen pélvico para identificar los siguientes factores de riesgo.

Prolapso genital (cérvix más allá del introito) anomalías de la vagina o de la vulva que distorsionan el conducto del parto (grandes quistes del conducto de Gartner, cicatrices debido a linfogranuloma venéreo), tumores cervicales, dilatación o previa laceración del cervix, neoplasias o anomalías uterinas, incluyendo anomalías del conducto uterino, tumores de los anexos, mayores de 5cm de diámetro. Insuficiencia de la pelvis ósea.

Estrecho superior: promontorio sacral palpable (conjugada diagonal de menos de 11,5 cm).

Plano medio: Espinas ciáticas prominentes, paredes laterales convergentes, sacro plano.

Estrecho inferior: Diámetro intratuberoso menos de 8,5 cm, ángulo subpubico estrecho menos de 90 grados.

### **EVOLUCION DEL EMBARAZO**

Todas las series de visitas prenatales pueden ser consideradas una oportunidad para descubrir anomalías que puedan originar dificultad para la madre o el producto. La frecuencia de las visitas variara de acuerdo a la necesidad de la paciente. Problemas críticos incluyen estados hipertensivos del embarazo, pielonefritis, fiebre elevada, isoimmunización, diabetes mellitus, sangrado uterino, útero grande en relación a la edad gestacional, falta de crecimiento uterino, presentaciones anómalas, post madurez más de 42 semanas, y problemas quirúrgicos.

El médico Obstetra, debe estar alerta para diagnosticar y tratar adecuadamente infecciones virales, descubrir signos tempranos de desnutrición y combatir los efectos perniciosos de la indiferencia de su paciente a los principios de cuidados de la salud, uso de drogas y exposición de rayos X.

Otros factores de riesgo específicos incluyen la necesidad de diagnóstico genético prenatal, anemias graves, hemoglobina menos de 10 gramos por ml. Infecciones en las vías urinarias que no responde tratamiento, sospecha de embarazo ectópico, placenta previa, desprendimiento parcial de la placenta, hidramnios, enfermedades trombo-hemolíticas, y desproporción feto-pélvica sospechada.

## **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**

Es de mucho valor poder identificar prematuramente las causas que puedan complicar al embarazo. Si este riesgo es mayor, se orientara a la provocación de un parto prematuro; ya que hay procesos en que esa prolongación pueda afectar seriamente el feto y aun ocasionar su deceso intrauterino. El tocólogo no puede permanecer ocioso mientras un feto bien desarrollado es debilitado o puesto en serio riesgo por un proceso patológico intercurrente, por el contrario debe estar preparado para rescatarlo y poderlo proteger especialmente cuando se presume que el ambiente de una incubadora pueda ofrecer al niño un mejor resguardo que el que ofrece el útero. Sin embargo contestar el interrogante de “cuando y como” se requiere de mucho conocimiento, habilidad y experiencia.

En numerosas circunstancias clínicas que ponen en peligro al feto, el parto prematuro puede significar mayores posibilidades de sobrevivida perinatal.

Se puede incluir entre esas afecciones a la diabetes, la toxemia ecláptica, la eritroblastosis, los desprendimientos de placenta, infecciones del aparato urinario, las disfunciones de membranas, hidramnios, inserción velamentosa del cordón, insuficiencia placentaria y sufrimiento fetal.

## **HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE**

A pesar que la tasa de mortalidad materna ha disminuido dramáticamente en los últimos años debido al acceso a manejo hospitalario, tecnología en las unidades de cuidado intensivo y disponibilidad de componentes sanguíneos para transfusión, la hemorragia continua siendo responsable el 40% de estas muertes.

La hemorragia del tercer trimestre es una de las complicaciones más ominosas durante el embarazo y está entre las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto maternas como fetal.

Según la Coombs y Coombs (2001) se considera que la incidencia de hemorragia obstétrica está entre el 5 y 6%.

Se debe realizar una diferenciación entre causas obstétricas y no obstétricas del sangrado. Las hemorragias de origen no obstétrico generalmente se presentan con sangrado escaso y auto limitado, siendo a excepción el carcinoma invasivo del cérvix.

Independientemente de cuál sea la causa del sangrado ante parto, se requiere una evaluación exhaustiva del mismo y la meta es la estabilización de los pacientes, madre y feto.

Las manifestaciones clínicas pueden ir desde sangrado mínimo sin impacto hemodinámico ni compromiso fetal, hasta sangrado masivo y signos de hipoxia fetal secundarios a hiperfunción uterina y muerte.

En ciertos tipos de hemorragia ante parto como es el caso de la vasa previa el sangrado materno es resultado de pérdida sanguínea fetal directa.

## **PRINCIPALES CAUSAS NO OBSTETRICAS.**

Cervicitis

Pólipos Cervicales

Carcinoma de Cérvix

Eversión cervical o ectopia del embarazo

Laceraciones vaginales

Vaginitis

## **CAUSAS OBSTETRICAS.**

Placenta Previa

Abruptio Placentae

Vasa Previa

Ruptura Uterina

## **PLACENTA PREVIA**

### **DEFINICION Y CLASIFICACION.-**

La placenta previa es una condición en la cual la placenta está localizada en el segmento uterino inferior y cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno y se antepone al feto a partir del segundo trimestre de gestación.

Existen cuatro variaciones de placenta previa: total, parcial, marginal y de implantación baja.

#### **Placenta previa total**

En esta el orificio cervical es totalmente abierto por la placenta, por lo cual se asocia con sangrado mayor, y por lo tanto incremento del riesgo materno, constituye el 30% de las placentas previas.

#### **Placenta previa parcial**

Es definida como la oclusión parcial del orificio cervical y tiene como incidencia un 44%

#### **Placenta previa marginal**

Se presenta cuando el borde placentario no llega a cubrir el orificio cervical interno pero se inserta muy cerca del mismo.

### **Placenta de inserción baja**

La placenta se encuentra implantada en el segmento uterino inferior entre 2 a 3,5 cm del orificio cervical interno. Este tipo de placenta previa se puede convertir en marginal o parcial al dilatarse el cérvix.

### **INCIDENCIA**

Según Gabbe y Coombs, la frecuencia de la placenta previa ha ido reportada entre el 0,5% y una incidencia de 1 x 200 partos. La incidencia se incrementa a 101 x 1.000 en pacientes con cuatro o más cesáreas.

Es más frecuente a medida que avanza la paridad:

- Para 0, 0,19%
- Para 1, 0,58%
- Para 2, 1,25%
- Para 3, 1,28%
- Para 4, 3,09%
- Para 5, 4,50%

### **ANATOMIA**

La placenta implantada en una zona atípica del útero a menudo es más delgada y extendida que la inserta ortotópicamente: placenta membranácea. Además y como consecuencia de la referida mala calidad de la mucosa endometrial, puede observarse algún grado de acretismo placentario, que hace la combinación de placenta previa y acreta, lo cual no es tan excepcional, pero reviste mayor gravedad.

También puede existir uno o más cotiledones aberrantes, separados de la masa principal por un puente membranoso (placenta succenturiada).

Las membranas, especialmente en la periferia de la zona placentaria, son espesas, rugosas, de elasticidad menor. No hay límite claro de separación entre el borde placentario y aquellas, y los cotiledones disminuyen paulatinamente de espesor para confundirse con las membranas.

A su vez, los cotiledones no tienen surcos de separación entre ellos. El cordón puede hacer inserción velamentosa y facilitar la formación de vasa previa.

### **ETIOLOGIA**

No es muy claro este aspecto, pero como ya se ha visto la Multiparidad desempeña un papel muy importante, ligado con seguridad a la mala calidad del endometrio.

Algunas condiciones dan cuenta del origen de esta condición.

1. El huevo fertilizado, al entrar en la cavidad uterina, una vez de implantarse en el fondo lo hace en la parte baja de aquella. Implantación baja primaria. La decidua basal inter uteroplacentaria se forma parcia o totalmente en el segmento inferior.
2. Después de la implantación del ovulo en su ubicación normal, la placenta se desarrolla de tal manera que, en la parte, se implanta en la parte baja del útero (difusión anormal de la placenta normalmente inserta).
3. Por alguna razón, la decidua puede ser inadecuada para la implantación ovular (mala preparación endometrial, endometrio proliferativo, endometritis), por lo que las vellosidades tienen que extenderse sobre las paredes uterinas para encontrar sitio apropiado para su nutrición, y en este camino, llega al segmento inferior. Son placentas más delgadas y mucho más extendidas que una placenta normal: placenta membranacea.
4. Queda otra manera de formación de la placenta previa. Hofmeier propuso la teoría de la placenta capsular: la diferenciación del corion frondoso (formación placentaria) se hace normalmente en la porción que está en

contacto con la decidua basal; el corion que limita con la decidua capsular se transforma en corion leve. En ocasiones que seguramente la nutrición, por su lecho frondoso, no es suficiente, sigue desarrollándose la parte que debiera constituirse un leve o calvo, que continua a su vez adherida la decidua por su crecimiento y establecidas conexiones vasculares en la pared uterina; forma la placenta en el segmento inferior: placenta previa capsular.

**Factores de riesgo relacionados:**

- Edad materna mayor de 35 años.
- Raza negra.
- Multiparidad.
- Legrados uterinos.
- Cesárea previa
- Embarazo gemelar
- Antecedente de miomectomía
- Síndrome de Asherman
- Cigarrillo – cocaína
- Tumores localizados en el fondo uterino.

El riesgo de placenta previa posterior a cesárea ha sido estimado entre 1-4% y en pacientes con cuatro o más cesáreas el riesgo de placenta previa se aproxima al 10% y la asociación con acretismo placentario es de 67% según Clark.

**ESTUDIO CLINICO**

**LAS HEMORRAGIAS**

El signo más característico de la inserción baja de la placenta es la hemorragia. Si bien es cierto que este síndrome pertenece al de las hemorragias de la

segunda mitad gestacional, no lo es menos que algunos abortos se deben a este tipo de inserción viciosa que origina la hemorragia inevitable de Rigby.

Por lo común, estas pacientes comienzan su cuadro hemorrágico después de del 7mo mes, en especial en el 8vo mes, con tres manifestaciones típicas:

1. Aparición brusca, inapropiada, a veces durante el sueño.
2. Indolencia absoluta.
3. Cantidad moderada.

Hemorragia siempre externa, sangre roja sin coágulos, sin ninguna manifestación dolorosa suele ser la cantidad moderada que no pone en peligro la vida de la paciente. Por excepción, la primera hemorragia puede ser muy abundante.

El tipo anatómico clínico de inserción placentaria pareciera no tener siempre relación con el comienzo de las hemorragias: a veces las oclusivas totales recién sangran al comienzo del parto, con dramática intensidad.

La placenta ofrece episodios de hemorragia, cuyos intervalos se van acortando con el transcurso de la gestación, espaciadas por semanas, al principio se van haciendo más frecuentes cada vez, al par que las mismas se van acentuando en cada nueva pérdida. Al final del embarazo, algunas pacientes pierden casi continuamente, con visible desmejoramiento del estado general.

Al hecho de no repetirse la hemorragia no debe desechar el diagnóstico. La hemorragia única puede ser a veces patrimonio de una placenta oclusiva.

Otro hecho característico de estos episodios es su hemostasia, con el simple reposo.

## **SIGNOS GENERALES**

La repetición y el agravamiento de las pequeñas hemorragias terminan por afectar el estado general de la paciente más que una sola pérdida de por sí más abundante. Esto se traduce en sí estado hematológico por disminución del hematocrito, del os glóbulos rojos y de la hemoglobina, que facilitan el colapso vascular y colocan a la paciente en muy riesgosas condiciones para el parto si no se toman las medidas adecuadas.

Manifestaciones paralelas son: hipotensión, taquicardia, palidez y mareos.

## **SIGNOS FISICOS**

### **Durante el Embarazo**

A pesar de su menor relevancia en relación con los signos funcionales, estos corroboran de manifestaciones que forman el diagnostico.

Por la palpación se aprecia que generalmente la presentación que en muchos casos es atípica, esta alta y mal acomodada al área del estrecho superior. Son situaciones oblicuas o presentaciones desviadas hacia una fosa iliaca: la placenta inserta en el segmento inferior obstaculiza no solo el encaje de la presentación, sino también su buena acomodación. Además, existe mayor frecuencia de presentaciones pelvianas.

El útero tiene consistencia anormal. Lo cual permite una fácil palpación. Los latidos fetales son normales.

Al tacto durante el embarazo tiene a nuestro entender el riesgo de una peligrosidad extrema, que hace que los prescribamos por completo. Hemos visto morir espectacularmente a una embarazadas a quien un maestro

habilísimo le practico un tacto, originando una terrible hemorragia determino su muerte en pocos minutos.

Para que el tacto se demostrativo debe dirigirse atreves del segmento hacia el sitio de la inserción placentaria recoger allí la impresión de la placenta baja. Esto puede originar desprendimiento y hemorragia de gravedad incalculable. El diagnostico puede hacerse perfectamente sin necesidad del tacto.

### **DURANTE EL PARTO**

Cuando la placenta es muy baja (marginal, oclusiva) aumenta las dificultades ya mencionadas para la acomodación y el encaje.

Es en este momento cuando el tacto se hace indispensable en la intención de aclarar la variedad anatomoclínica de inserción placentaria, para orientar la conducta y le tratamiento de acuerdo con esta. Este examen debe realizarse en el quirófano, preparado asépticamente el médico y el ambiente listo para una operación de emergencia. Debe introducir muy cautelosamente el dedo a través del cuello, examinando la sangre que lo cubre: placenta o membranas.

En la primera situación tocara una masa carnosa, áspera y rugosa, que se interpone en el dedo la presentación, sangrara con facilidad si el examen no es muy prudente.

Cuando las membranas ocluyen el orificio cervical, darán la impresión característica de rugosidad y poca elasticidad.

### **DIAGNOSTICO**

#### **Clínico**

En el 70 – 80 % de las pacientes la manifestación de esta patología es con sangrado vaginal indoloro, intermitente, rojo rutilante, asociado a actividad uterina en un 20%.

El sangrado puede ir desde manchado genital escaso hasta sangrado profuso con choque materno y muerte tanto materna como fetal sino se instaura un manejo adecuado y oportuno.

Durante el tercer trimestre, los cambios dinámicos que acompañan al ablandamiento y dilatación del cérvix así como la formación del segmento, conllevan a un desprendimiento de la placenta anormalmente implantada, produciéndose así la hemorragia.

Como consecuencia de la ubicación anómala de la placenta, esta impide el descenso y encajamiento de la presentación, por lo cual son comunes las posiciones anómalas.

Mediante el examen físico se puede corroborar el diagnóstico. Inicialmente se realiza especuloscopia para verificar el sitio del sangrado y descartar causas no obstétricas del mismo.

Cabe notar que al realizar el tacto vaginal se debe tener en cuenta el riesgo beneficio y si este no va a influir en la conducta es mejor evitarlo.

A diferencia del Abruption Placentae, en la placenta previa los defectos de coagulación son infrecuentes, sin embargo dentro de su estudio es necesario contar con pruebas de coagulación y hemograma completo.

### **Ecográfico**

El tiempo del diagnóstico en la última década ha variado. El diagnóstico usual es con hemorragia que se presenta principalmente en el tercer trimestre, pero actualmente con la popularización del examen ecográfico de rutina en la paciente embarazada, muchos casos son detectados antenatalmente previo al inicio del sangrado.

La realización de ecografía de segundo trimestre para detección de anomalías fetales es la que más ha permitido el diagnóstico de esta patología.

Una vez se realiza la sospecha diagnóstica por ecografía transabdominal, el diagnóstico se debe confirmar por ecografía.

La ecografía transvaginal confirmatoria es segura y muy efectiva con sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del 87%, 98%, 93% y 97,6%, respectivamente.

Sin embargo, muchos de los casos diagnosticados en segundo trimestre pueden resolver por el fenómeno llamado "migración placentaria" que se produce debido a los cambios en la arquitectura secundaria al crecimiento del segmento uterino inferior, por lo cual se debe confirmar el diagnóstico con una ecografía del tercer trimestre.

La placenta previa total diagnosticada en el segundo trimestre puede persistir en el tercer trimestre en el 37% de los casos mientras que la parcial o marginal persiste solo en un 2,5%.

## **TRATAMIENTO**

Una vez realizado el diagnóstico de placenta previa, el manejo depende de la edad gestacional, la cantidad del sangrado, la condición fetal y presentación.

En pacientes con gestaciones a término y sangrado de cualquier intensidad el parto por cesárea es el tratamiento de elección.

En pacientes con hemorragia severa, con compromiso materno independientemente de la edad gestacional el tratamiento de elección es el parto por cesárea.

En pacientes con placenta marginal o placenta previa parcial que se encuentra en trabajo de parto y con mínimo sangrado son candidatas ideales para parto por vía vaginal.

Más del 60% de pacientes con placenta previa pueden sangrar y los siguientes episodios tienden a ser más severos, estas pacientes que presentan sangrados deben permanecer hospitalizadas hasta la cesárea.

En pacientes que presentan hemorragia leve y con embarazo pre término el manejo expectante es el de elección con el propósito de mantener al feto en un ambiente intrauterino adecuado.

Se inicia con una adecuada hidratación, reposo, transfusión de ser necesario, tocolisis, monitoreo continuo, vigilancia estricta del sangrado, seguimiento ecográfico, maduración pulmonar.

Después de 72 horas de adecuada evolución es decir en ausencia de sangrado y con bienestar fetal comprobado se puede dar de alta a la paciente, aunque esta debatido el manejo hospitalario vs manejo Ambulatorio.

Manejo ambulatorio una vez definido este último se debe hacer una selección adecuada de la paciente candidata a este manejo.

Las pérdidas sanguíneas maternas se deben calcular para mantener el hematocrito materno entre 30 y 35%.

En 225 pacientes con placenta previa presentan actividad uterina por lo cual el uso de tocolíticos está indicado en gestaciones menores de 33 semanas, siendo el más aceptado el sulfato de magnesio por su reducido riesgo cardiovascular (Experiencia Colombiana).

Un 40 – 50% de las pacientes con placenta previa sangrante son candidatas a manejo conservador.

Un 25 – 30% pueden llegar a las 36 semanas sin repetir otro episodio de sangrado.

### **PARTO ABDOMINAL**

La cesárea es la vía de elección del parto en prácticamente en todos los casos de placenta previa.

La incisión transversa se realiza cuando la placenta se encuentra posterior, lejos de la incisión e Idealmente en presentación cefálica.

Se realiza incisión vertical si la placenta es anterior, para prevención de un sangrado profuso resultante de la incisión sobre una placenta anterior.

Si el borde de la placenta se encuentra entre los 2 cm del borde del orificio cervical interno el parto siempre debe ser por cesárea.

Si la distancia es mayor de 2cm el parto por vía vaginal es factible, pero siempre en salas de cirugía con anestesiólogo disponible y el equipo necesario para una cesárea de emergencia así como sangre disponible para transfusión.

### **PRONOSTICO**

A pesar del mejoramiento de las posibilidades actuales (operación cesares, transfusión, antibióticos), el pronóstico sigue siendo grave para la madre y, en especial, para el niño.

## **MATERNO**

La hemorragia masiva repetida, en particular en las pacientes no internadas, incluye el agravamiento del pronóstico, porque a ello se agrega el tremendo riesgo operatorio de las intervenciones que se realicen en condiciones inadecuadas.

El pronóstico varía según:

- El tipo o variedad anatómica.
- Abundancia y frecuencia de las hemorragias.
- Estado de la paciente a su llegada a la unidad.
- Método de tratamiento.

En términos generales: frecuencia de mortalidad en pacientes no internadas, 18%, internadas 2%.

La antibioticoterapia ha mejorado sensiblemente la aparición y el curso de complicaciones infecciosas.

De cualquier manera, recae una gran responsabilidad sobre el médico que se hace cargo de estos casos.

## **FETAL**

Los riesgos fetales son siempre muy grandes, y también la frecuencia de mortalidad, tanto en el periodo fetal como el neonatal. Esta mortalidad perinatal llega hasta un 40% en los casos atendidos fuera de la clínica y solo el 10% para las pacientes internadas.

Los factores que condicionan este pronóstico son:

- Prematurez frecuente
- Procedencias.

Hipoxia – Anoxia.

- Anemia
- Riesgo Operatorio.

## **COMPLICACIONES**

Cuando tenemos una paciente con placenta previa, la posibilidad de placenta Acreta, Increta o Percreta, debe ser tomada en cuenta.

En estos casos la placenta forma una adherencia firme al miometrio por ausencia o pobre formación de la decidua basal con una invasión anómala del trofoblasto en el miometrio. Se asocia en un 15% con la placenta previa.

- **Placenta Acreta.** La placenta penetra superficialmente el miometrio.
- **Placenta Increta.** Penetra toda la pared miometrial.
- **Placenta Percreta.** La placenta sobrepasa la serosa uterina.

El diagnóstico prenatal de esta complicación es posible por medio de ecografía con una tasa de falsos positivos del 20%.

La cesárea anterior o antecedente de cirugía uterina son los antecedentes más importantes en pacientes con acretismo placentario.

En pacientes con placenta previa sin antecedentes la incidencia es del 4%. En pacientes con placenta previa con antecedentes de cesárea la incidencia de esta complicación es del 10 al 35%.

En pacientes con múltiples cesáreas y placenta previa la incidencia se eleva al 60-65%.

Dos tercios de las pacientes con placenta previa + acretismo placentario requieren cesárea – histerectomía.

En casos de placenta previa complicada con algún grado de acretismo sean descritos varios manejos conservadores:

- Sutura continua con catgut cromado 0 en el sitio de implantación de la placenta, en caso de acretismo focales.
- En algunos casos es útil la ligadura bilateral de uterinas: se identifican las ramas ascendentes de la arteria uterina al nivel del pliegue besico-uterino. Sutura con catgut cromado 1-0,2 cm medial a los vasos incluyendo parte de miometrio. Éxito reportado del 75%.
- Ligadura de arterias hipogástricas: con un éxito reportado del 50% al 82%. Se realiza ligadura del tronco anterior de la arteria hipogástrica, a 2cm de su división.
- Empaquetamiento de segmento uterino inferior por 12 a 24 horas.
- Embolización de arterias pélvicas. Se ha descrito la colocación antenatal de catéteres para la Embolización angiografía por parte de radiólogos intervencionistas. Adecuado control del sangrado en el 90% de las pacientes.

Si estas modalidades de tratamiento conservador fallan se debe proceder a realizar histerectomía, Siendo este el tratamiento definitivo para la hemorragia obstétrica. Una adecuada reanimación con líquidos y terapia transfusional se requiere previo al inicio del procedimiento quirúrgico.

Cuando el diagnóstico de acretismo placentario está confirmado se debe evitar la manipulación de la placenta y proceder a la histerectomía con esta "in situ" con el propósito de disminuir el sangrado.

En casos de placenta el manejo debe ser multidisciplinario contando con los servicios de cirugía y urología dependiendo del compromiso de órganos vecinos.

### **SIGNOS ECOGRAFICOS DE ACRETISMO PLACENTARIO**

- Pérdida de zona hipo ecoica retro placentaria.
- Adelgazamiento progresivo de zona hipo ecoica retro placentaria.
- Presencia de múltiples lagos placentarios.
- Adelgazamiento del complejo serosa uterina vejiga.
- Elevación del tejido más allá de la serosa uterina.

El Doppler es usado para aclarar el diagnóstico de invasión placentaria identificando aéreas de flujo turbulento causado por angiogenesis.

Con una sensibilidad y especificidad reportadas de 100 y 94% respectivamente.

La RNM puede ser usada adicionalmente para obtener mayor información acerca del grado de invasión placentaria.

### **ABRUPTIO PLACENTAE**

#### **Definición**

Es la separación prematura de la placenta normalmente implantada en el útero, antes del parto

## **CLASIFICACION**

### **Grado 1**

Sangrado genital escaso y algún grado de irritabilidad uterina. Presión arterial normal, fibrinógeno y frecuencia cardiaca fetal normal.

### **Grado 2**

Separación placentaria 2/3 o menos. Sangrado genital leve ha moderado. Irritabilidad uterina, tetania o polisitolia puede estar presente. La presión arterial materna es mantenida, pero la frecuencia cardiaca esta elevada. El fibrinógeno puede estar disminuido. La frecuencia cardiaca fetal puede mostrar patrón de compromiso fetal. El sangrado retro placentario está entre 30 y 150cc.

### **Grado 3**

La superficie placentaria se separa más de 2/3. El sangrado es de moderada a severo. Útero tetánico y doloroso. Se asocia frecuentemente con signos de hipovolemia materna y muerte fetal. El fibrinógeno esta disminuido en menos de 150mg/dl y se asocia a otras anormalidades de la coagulación.

## **INCIDENCIA**

La incidencia reportada varía entre 1 en 86 a 1 en 206 partos. Abruption Placentae grado 1 se encuentra en el 40% de los casos, grado 2 en 45% y grado 3 en el 15 % de los casos. 18% de los casos ocurren antes del inicio del trabajo de parto. La incidencia para los casos severos esta reportada en 1 en 500 a 750 partos.

Se ha descrito una recurrencia para Abruption que varía del 5 al 17%. Si la paciente ha tenido historia de Abruption en 2 embarazos previos la posibilidad de recurrencia es del 25%.

## **ETIOLOGIA**

La etiología primaria del Abruption la placenta es desconocida. Sin embargo, un defecto en la interface decidua placenta ha sido sugerido y soportado por el incremento de alfa feto proteína sérica materna.

Se ha descrito diversos factores de riesgo:

- Edad avanzada.
- Multiparidad.
- Tabaquismo – bajo estado nutricional.
- Uso de cocaína.
- Corioamnionitis.
- Hipertensión.
- Trauma materno: constituye un 1-2% de los abrupciones grado 3
- Sobredistencion uterina: embarazo gemelar y polihidramnios (por descompresión uterina rápida).
- Trombofilias adquiridas o heredadas.
- Anomalías vasculares.
- Leiomiomas uterinos. (Localizado detrás de la implantación placentaria).
- Ruptura prematura de membranas (riesgo de 3.5 veces mayor).

### **Hipertensión materna**

Es el factor de riesgo más importante y constituye un 40-50% de los abrupciones grado 3. Se incluye dentro de este grupo el pre eclampsia siendo la responsable del 65% de los casos y la hipertensión crónica del 35%.

En pacientes fumadoras durante y antes del embarazo, el cigarrillo produce una necrosis decidual y disminución en el flujo sanguíneo placentario (29% incremento en el riesgo).

La combinación de antecedentes de tabaquismo más desorden hipertensivo del embarazo aumenta el riesgo seis veces para Abruption por efecto vasoconstrictor acumulativo.

La edad materna y la Multiparidad constituyen un claro factor de riesgo para Abruption de placenta.

La incidencia en primíparas está por debajo del 1% mientras que en multíparas es del 3%. Este fenómeno se ha explicado por el daño repetitivo que se produce en el endometrio y en especial del lecho placentario en cada embarazo.

El uso de cocaína se asocia con hemorragia de las vellosidades corionicas, edema veloso y daño de pequeños vasos por poder vaso activo de la misma (10% incremento de riesgo).

## **FISIOPATOLOGIA**

El Abruption Placentae es iniciado por hemorragia dentro de la decidua basal. La decidua se desgarrar con la subsecuente formación de un hematoma decidual que lleva a la separación, compresión y destrucción de la placenta adyacente. En este estadio temprano generalmente no hay síntomas y el diagnóstico se hace la pieza de patología.

En algunos casos la ruptura de arterias espirales causa un hematoma retroplacentaria, el cual al expandirse compromete más vasos y la placenta se separa. El área de separación progresa rápidamente y alcanza al borde de la placenta. Debido a que el útero se encuentra distendido, este no es capaz de contraerse lo suficiente como para comprimir los vasos sangrantes y atenuar la

hemorragia. Este sangrado diseca las membranas de la pared uterina y aparece externamente o puede quedar retenido dentro del útero.

El sangrado oculto se asocia con desprendimiento completo de la placenta y por lo tanto mayor morbilidad materna y fetal, este puede ocurrir cuando:

- Existe sangrado detrás de la placenta pero el borde permanece adherido
- La placenta está completamente separada pero las membranas permanecen adheridas a la pared uterina.
- La sangre encuentra acceso a la cavidad amniótica.
- La cabeza fetal esta encajada.

### **MANIFESTACIONES CLINICAS**

- El sangrado vaginal en el tercer trimestre del embarazo es la principal manifestación del Abruption de placenta (78%).
- Hipersensibilidad uterina (66%).
- Sufrimiento fetal (60%).
- Hipertonía uterina (17%).
- Trabajo de parto pre término idiopático (22%).
- Muerte fetal (15%).

Cerca del 30% de los casos corresponden a abrupciones pequeños y no producen síntomas.

En el 20% de las pacientes el sangrado es oculto y el diagnóstico se realiza por inicio de actividad uterina.

### **DIAGNOSTICO**

Los avances recientes en técnicas de ultrasonido permiten la identificación del Abruption en más del 40% de los casos. Sin embargo su sensibilidad continua siendo baja y hallazgos negativos se pueden encontrar en abrupciones significativos.

En la fase aguda del Abruption la ecografía puede no aportar mayor información.

La ecografía puede demostrar tres aéreas de localización del Abruption:

- Subcorionico (entre placenta y membrana).
- Retroplacentario (entre placenta y miometrio).
- Preplacentario (entre placenta y líquido amniótico).

Los hematomas retrocorionicos son los que se asocian con peor pronóstico en cuanto a compromiso fetal.

Las hemorragias retroplacentarias mayores de 60 ml son asociadas con 50% de mortalidad fetal, mientras hemorragias subcorionicas similares se asocian con mortalidad fetal del 10%.

Si la presentación del Abruption Placentae se produce después de las 20 semanas, solo el 26% de los embarazos alcanzan el término.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento debe ser individualizado dependiendo de la extensión del Abruption, edad gestacional y estado materno y fetal.

El manejo inicial consiste en determinar la causa del sangrado, descartar placenta previa o causas no obstétricas del sangrado, examen físico exhaustivo, para clínicos, evaluación ecografía del útero, placenta y feto.

Una vez hecho el diagnostico de Abruption de placenta se debe:

- Verificar viabilidad fetal.
- Disponibilidad de 4 unidades de GRE.
- Línea venosa para administración de líquidos.

- Determinación de Hb., HCto, PT, PTT, productos de degradación de fibrinógeno, plaquetas.
- Monitoria fetal continua para verificar patrón de frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina.

### **MANEJO EXPECTANTE**

Este está indicado en pacientes con gestaciones menores de 34 semanas, paciente con mínimo dolor, patrón de frecuencia cardiaca fetal normal, exámenes normales.

Generalmente se trata de pacientes con separación marginal o Abruption pequeño.

Este manejo comprende:

- Manejo hospitalario.
- Reposo
- Valoración periódica de parámetros hematológicos maternos.
- Monitoreo fetal continuo y valoración ecográfica.
- Maduración pulmonar.

Se ha descrito el uso seguro y efectivo de agentes tocolíticos.

El parto debe ser planeado a las 34 semanas de gestación.

En pacientes con sangrado masivo, shock hipo volémico, signos de coagulopatía y dolor intratable se requiere una reanimación intensiva, sangre, cristaloides, colocación de catéter de PVC, monitorización del gasto urinario y el parto tan pronto como sea posible independiente de la edad gestacional con el propósito de controlar el sangrado y mejorar pronóstico materno y en la medida de las posibilidades fetales.

La meta es conservar un gasto urinario por encima de 1ml/min y un hematocrito de mínimo el 30%.

Si el gasto urinario es de 30 ml/hora o menos a pesar de adecuada reanimación volumétrica, se debe colocar un catéter de presión venosa central para determinar de manera adecuada el volumen intravascular y según la respuesta del paciente a esta terapéutica se debe considerar la colocación de un catéter de arteria pulmonar.

La presión venosa central es un método excelente para monitorizar el reemplazo de volumen sanguíneo. Esta debe ser medida después de cada 150 cc de sangre o líquidos administrados y debe mantenerse idealmente a un nivel de 10 cm de agua. La elevación repentina de la PVC por encima de 13 a 15 cm, es un aviso de inminencia de falla miocardiaca o edema pulmonar. Si la PVC en cambio disminuye progresivamente significa que hay pérdida sanguínea continua.

## **PARTO**

En la mayoría de casos de Abruptio Placentae, el parto es el manejo de elección.

Durante el trabajo de parto es necesario un monitoreo estricto tanto materno como fetal. Debido a que en 60% de los fetos pueden presentar signos de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto, la monitoria continúa de la frecuencia fetal es mandatorio.

De igual manera el monitoreo continuo del volumen intravascular materno se debe realizar por medio de la medición del gasto urinario con una sonda de Foley así como la determinación seriada de hemoglobina y hematocrito.

Logrando un adecuado volumen intravascular, con parámetros hematológicos normalizados y asegurando la disponibilidad de productos sanguíneos; la inducción del parto se puede iniciar, usualmente con oxitócina. Generalmente se presenta una dilatación cervical rápida.

Si la separación placentaria es tan severa que el feto está muerto el parto vaginal se prefiere a menos que el sangrado sea tan masivo que no se responda a la terapia transfusional o por otras complicaciones obstétricas.

Estudios retrospectivos han mostrado el incremento de sobrevivencia fetal en pacientes a quienes se les realiza cesárea una vez que la condición materna ha sido estabilizada.

La cesárea es la vía del parto en el 50 a 75% de los casos de Abruption Placentae evitando la progresión del mismo y la instauración de coagulopatía severa. Sin embargo hay que tener en cuenta la posibilidad de tiempos quirúrgicos prolongados secundario a sangrado de difícil control.

Se indica cuando el parto no es inminente, sangrado incontrolable, apoplejía uterina.

### **AMNIOTOMIA**

Esta se debe practicar tan pronto como sea posible con el propósito de disminuir el sangrado del sitio de implantación y reducir la entrada a la circulación materna de tromboplastina y factores de coagulación activados del coagulo Retroplacentario y para disminuir la presión intraanmíotica.

La oxitócina puede aumentar la liberación de tromboplastina a la circulación materna y por lo tanto iniciar o aumentar la coagulopatía de consumo o la

embolia de líquido amniótico, sin embargo no hay evidencia que sustente lo anterior y al parecer el uso de oxitocina trae más beneficios que riesgos.

## **COMPLICACIONES**

### **Coagulopatía de consumo**

La causa más común de coagulopatía durante el embarazo es el Abruption de placenta. Se identifica clínicamente en un 10% de los casos. Solo el 38% de pacientes con Abruption severo asociado a muerte fetal se manifiestan con:

### **CID**

La concentración normal de fibrinógeno materno en el tercer trimestre es de 450 mg/dl. En el Abruption grado 1 generalmente no hay alteración de este. En el Abruption grado 2 fibrinógenos se pueden encontrar menor de 300 mg/dl y se asocia con anomalías de la coagulación.

En el Abruption de placenta grado 3 es frecuente encontrar niveles de fibrinógeno menores de 150 mg/dl, niveles altos de productos de degradación de fibrinógeno y disminución de otros factores de coagulación, con una pérdida estimada de sangre de 2500 cc. Estas pacientes van a requerir infusión rápida de cristaloides y transfusión masiva para mantener un volumen circulante normal.

Pacientes con Abruption Placentae severo pueden no presentar hipotensión, pueden presentar presión normal e incluso hipertensión por lo cual es importante la vigilancia de otros parámetros hemodinámicas como la frecuencia cardiaca y el gasto urinario.

## **Fisiopatología**

Para realizar un manejo adecuado de esta complicación potencial, se requiere una comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que conllevan a la coagulopatía.

La formación del trombo se inicia por la acción de las plaquetas, las cuales se adhieren al sitio de daño vascular. El factor plaquetario 3 interactúa con los factores XI; XII para así formar el complejo intrínseco activado. De manera alternativa la vía intrínseca favorece la interacción de la tromboplastina tisular, liberada en el sitio de daño vascular, con el factor VII, formando así el complejo extrínseco activado.

Cada complejo activador puede interactuar con los factores V y X, en la vía común, dando como resultado la formación de trombina. La trombina va actuar sobre fibrinógeno para la formación de monómeros de fibrina la cual espontáneamente se polimeriza para formar polímeros de fibrinas. Este producto se estabiliza en la presencia de factor XIII y de esta manera se forma el coagulo de fibrina.

El plasminogeno circulante es convertido a plasmina. La plasmina actúa sobre la fibrina creando productos de degradación de la fibrina los cuales van a actuar sobre el fibrinógeno para formar monómeros de fibrina.

El sistema fibrinolítico es un potente mecanismo de anticoagulación. La función hemostática normal depende de un balance entre la coagulación y el sistema fibrinolítico para mantener un flujo adecuado en el sistema vascular y en caso de daño vascular local, activar la formación del coagulo.

Este balance se rompe en los casos de Abruption de placenta.

El proceso inicia en el sitio de lesión placentaria, liberándose tromboplastina a la circulación, lo cual inicia una extensa activación intravascular de la cascada de coagulación. Los factores de coagulación son consumidos.

Como consecuencia de la CID se activa el plasminogeno, para convertirse en plasmina, la cual produce lisis de los émbolos de fibrina y esto conlleva a un destaponamiento del micro circulación.

La CID se puede manifestar por sangrado vaginal, petequias, hematuria, hipofibrinogenemia (<100 mg/dl), elevación de productos de degradación del fibrinógeno y disminución variable de productos de la coagulación; lo cual hace necesario en ciertos casos la transfusión de plasma, plaquetas y otros agentes procoagulantes.

El patrón de oro en el manejo de la CID es la estabilización y el parto.

### **Falla renal**

Es frecuente en casos severos de Abruption Placentae y más cuando el manejo de la hipovolemia es insuficiente.

En el 75% de los casos corresponde a necrosis tubular aguda reversible y el 25% restante corresponde a necrosis cortical causada por hipoxia, shock hemorrágico u obstrucción microvascular por depósitos de fibrina.

Ambas formas se caracterizan por una fase temprana oliguria o anuria.

La necrosis tubular aguda es de aparición tardía y su curso generalmente es reversible, mientras que la necrosis cortical es de aparición temprana y con un alto índice de mortalidad por uremia o insuficiencia renal crónica.

La prevención del daño renal se basa en una terapia agresiva con líquidos y terapia transfusional con el objetivo de combatir el shock hipovolemico.

### **Útero de couvelaire.**

También llamada apoplejía útero placentaria, se debe a la extravasación de sangre dentro del miometrio y por debajo de la serosa, que produce una coloración violácea en la serosa uterina y se puede encontrar en el 8% de pacientes con Abruption de placenta. Se asocia con hemorragia profusa secundaria a atonía uterina; sin embargo la respuesta a los oxitócicos es excelente y la histerectomía debe ser reservada para casos de atonía o hemorragia que no corresponden al manejo médico.

### **PRONOSTICO NEONATAL**

Mortalidad perinatal reportada entre 25 y 30%. La posibilidad del buen pronóstico neonatal disminuye en relación con la severidad del Abruption, el patrón anormal de la frecuencia cardiaca fetal y necesidad de cesárea de urgencia. 14% de pacientes pueden tener algún grado de déficit neurológico.

### **VASA PREVIA**

Es un evento obstétrico raro causante de hemorragia a partir del segundo trimestre de la gestación y asociado con resultados devastadores.

### **DEFINICION**

La vasa previa se refiere a una condición en la cual los vasos fetales no unidos al cordón o la placenta, recorren las membranas fetales en el segmento uterino inferior cubriendo el orificio cervical interno por debajo de la presentación.

Pocas condiciones obstétricas traen tanto riesgo para el feto como esta, ya que se asocia con exanguinación fetal en el momento de la ruptura de las membranas.

En el 99% de los embarazos el cordón se inserta directamente en el tejido placentario o en el borde placentario.

En el 1% de las gestaciones únicas y en un 5% de las gestaciones múltiples, la inserción del cordón es velamentosa en las membranas antes de unirse con la placenta. Esta modalidad se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, anomalías congénitas, sangrado fetal (vasa previa) y la placenta retenida.

### **INCIDENCIA**

En uno de 2.000 a 5.000 casos, estos vasos cubren el cérvix resultando en VASA PREVIA.

La ruptura de membranas antes o durante el trabajo de parto, puede resultar en una rápida exanguinación fetal, con una mortalidad reportada en 70%.

La inserción velamentosa del cordón es un pre requisito para VASA PREVIA

### **FACTORES DE RIESGO**

- Fertilización in vitro.
- Diagnóstico preexistente de placenta previa.
- Inserción marginal del cordón.
- Gestaciones múltiples.
- Placenta subcenturiada.
- Placenta bilobulada (incidencia de 0.04 a 4,2%).
- Placenta de implantación baja.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico es usualmente hecho retrospectivamente o en el momento de la ruptura de membranas generalmente con sangrado vaginal indoloro, pero los vasos cruzados del cérvix pueden ser palpados manualmente antes de la amniotomía o visualizados por medio de espeluscopia o amnioscopia.

Antes de que el sangrado se haga evidente, la monitoria puede mostrar desaceleraciones variables asociadas con presión del cordón umbilical.

Cuando se presenta la ruptura de los vasos fetales, el sangrado vaginal es acompañado de cambios abruptos en el patrón de la frecuencia cardiaca fetal. Inicialmente se presenta taquicardia fetal seguida de bradicardia con aceleraciones intermitentes.

El diagnostico antenatal es raramente hecho; Oyelese y Cools. Describieron 61 pacientes a quienes se les realizo diagnóstico prenatal con una sobrevida reportada del 97%.

Por medio de ecografía trans abdominal se pueden observar líneas paralelas o circulares cerca del cérvix (vasos aberrantes) por escala de grises.

El diagnostico debe ser confirmado por ecografía transvaginal o ecografía Doppler color visualizando las pulsaciones de los vasos cruzando el cérvix.

La especificidad y sensibilidad del ultrasonido prenatal es difícil de valorar debido a que el diagnostico frecuentemente es difícil de confirmar después del parto.

Si en la valoración ecográfica se identifican vasos con pulsaciones sobre el orificio cervical, sobretodo en pacientes con factores de riesgo; la vasa previa

debe ser sospechada y el parto debe ser por cesárea con el pronóstico de evitar la ruptura de membranas.

La vasa previa puede ser detectada en embarazadas asintomáticas en ecografías realizadas de rutina visualizando la inserción del cordón en el segundo trimestre.

Se debe realizar tamizaje para pacientes con alto riesgo de presentar vasa previa con ecografía transvaginal y Doppler color en el segundo trimestre, después de las 20 semanas.

La sensibilidad para detectar inserción velamentosa del cordón se describe como del 100%, especificidad del 99,8%, valor predictivo positivo de 83% y valor predictivo negativo del 100% según Proterius y Cools.

En casos en los cuales exámenes ecográficos seriados muestran regresión de los vasos velamentosos sobre el orificio cervical interno, se ha propuesto la posibilidad del parto vaginal monitorizado; sin embargo varios autores insisten en la realización de la cesárea ya que los vasos así no estén en relación con el orificio cervical se pueden romper y generar hemorragia fetal o muerte.

La pérdida sanguínea en la vasa previa es predominantemente de origen fetal. Sin embargo, si existe sangrado ante parto, este debe ser examinado para determinar el origen: fetal o materno.

Las células sanguíneas pueden ser identificadas por electroforesis de la Hb, el test de Kleihauer, u otros test que son basados en la resistencia de la hemoglobina fetal a la desnaturalización por agentes alcalinos.

La electroforesis de la Hb es un método muy sensible pero el resultado puede tardar 1 a 2 horas. La desnaturalización alcalina puede tardar 10 minutos y requiere adición de NaOH o KOH.

El apt test que es el más usado requiere 2 a 3 ml de muestra la cual es mezclada con agua y centrifugada por dos minutos.

Cuando el color permanece rosado la sangre es de origen fetal y si es de color marrón la sangre es de origen materno.

En la mayoría de los casos no existe tiempo para realizar estos test. En situaciones agudas el diagnóstico debe ser basado en los hallazgos clínicos.

### **DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES**

- Separación de membranas corioamnióticas.
- Placenta marginal – seno venoso.
- Cordón umbilical normal.
- Banda amniótica.

**Patrón de oro:** Diagnóstico prenatal de la patología y parto por cesárea antes de la ruptura de membranas con el propósito de disminuir la mortalidad fetal.

La edad gestacional al momento de la cesárea en caso diagnóstico antes del nacimiento fue de 37,8 más o menos 2 semanas, pero la opinión actual es anteponerse al inicio del trabajo de parto y realizar la cesárea entre semanas 35 y 36 o cuando se haya demostrado la maduración pulmonar.

## **RUPTURA UTERINA**

La ruptura uterina es una potencial catástrofe obstétrica y constituye la mayor causa de mortalidad materna.

20% de las muertes maternas secundarias a hemorragia son producidas por ruptura uterina.

La incidencia ha sido reportada entre 1: 1148 y 1: 2250 partos y puede recurrir en el 20 % de las pacientes.

### **CLASIFICACION**

#### **Completa**

Incluye todo el espesor de la pared uterina con ruptura de las membranas fetales y comunicación entre la cavidad uterina y el peritoneo y exposición de partes fetales a la cavidad abdominal. Asociado a hemorragia frecuentemente masiva.

#### **Traumática**

Ocurre como resultado a la administración incorrecta de agentes oxitócicos, manipulación obstétrica y trauma externo.

#### **Espontanea**

Ocurre en el útero grávido intacto y sin ninguna causa externa evidente. Su incidencia es de 1 en 15.000 partos. Usualmente en grandes multíparas.

#### **Incompleta**

Dehiscencia de una incisión uterina previa, con membranas fetales intactas. Estos defectos casi siempre son asintomáticos y cuando se asocian a sangrado este es mínimo.

## **FACTORES DE RIESGO**

- Histerotomía previa (cesárea, miomectomía, metroplastía, resección cornual).
- Trauma (accidente automovilístico, fórceps de rotación, versión interna o externa, extensión de laceración cervical).
- Sobre distensión uterina (polihidramnios, macrosomía, embarazo múltiple).
- Anomalías uterinas.
- Placenta percreta
- Coriocarcinoma.
- Adenomiosis.
- Administración inadecuada de oxitócicos y prostaglandinas.
- Presión fundica manual excesiva.
- Legrados.

## **PRESENTACION**

La ruptura de una cicatriz uterina previa provoca menos pérdida sanguínea y pone en menos riesgo la vida de la madre y del feto que la ruptura de un órgano intacto. El pronóstico materno ha mejorado debido al diagnóstico precoz, la intervención inmediata, la reanimación enérgica y el uso de antibióticos. La mortalidad fetal continúa siendo alta, reportada entre 30 y 65%.

Las rupturas amplias de cicatrices uterinas antes del término ocurren frecuentemente en úteros con incisiones verticales. La separación de una cicatriz vertical, rompe grandes canales vasculares y disecciona gran porción de la pared uterina anterior, es posible que se exponga una porción de la inserción placentaria, provocando sangrado rutilante, sangrado intraabdominal, dolor abdominal y sufrimiento o muerte fetal.

La ruptura de una cicatriz transversa durante el trabajo de parto tiende a ser dehiscencia inocua, porque esta mucho menos vascularizada y es menos probable que involucre el sitio de implantación placentaria, por consiguiente el riesgo para la madre y el feto es reducido.

La ruptura espontanea del útero intacto es un evento raro pero catastrófico que pone en peligro tanto a la madre como el feto, pueden ocurrir en cualquier momento de la gestación pero son más frecuentes en el último trimestre.

### **CUADRO CLINICO**

La dehiscencia de la cicatriz transversa frecuentemente ocurre sin signos ni síntomas y se encuentra como un hallazgo incidental en la cesárea o en la revisión uterina posparto.

Puede cursar con algunos signos premonitorios entre los que están:

- Dolor supra púbico intenso que no cede al final de la contracción.
- Anillo patológico de contracción (anillo de Bandl).
- Sangrado genital oscuro (signo de pinard).
- Hematuria repentina.
- Palpación de ligamentos redondos tensos (signo de frommel).
- Sufrimiento fetal.

Una vez establecida la ruptura uterina se presenta:

- Desaparición del dolor.
- Interrupción de la actividad uterina.
- Ascenso de la presentación.
- Sangrado genital.
- Signos y síntomas de shock hipovolemico.

## **TRATAMIENTO**

### **Dehiscencia de cicatriz asintomática**

La cicatriz previa debe ser evaluada después del parto vaginal mediante revisión uterina. La integridad de dicha cicatriz determina el manejo de la paciente.

La dehiscencias asintomática encontradas en el momento de la cesárea son simplemente descritas u cerradas con la histerotomía.

Las dehiscencias encontradas en la revisión uterina después del parto vaginal, pueden manejarse con observación. Si la dehiscencia se acompaña de hemorragia post parto se debe proceder a la laparotomía, y reparación primaria del defecto.

### **Ruptura uterina completa**

La vida de la madre dependerá de la rapidez y de la eficacia con la que sea corregida la hipovolemia y la hemorragia:

- Asegurar 2 vías venosas.
- Infusión de cristaloides y coloides.
- Transfusión de hemoderivados.
- Laparotomía.

### **Histerectomía**

Requerida en el 25% de las pacientes, Se debe realizar cuando el daño no permite su adecuada reparación, en pacientes multíparas, con cesáreas previas.

Idealmente la histerectomía debe ser total ya que en ocasiones el desgarramiento puede extenderse hasta el cérvix. La histerectomía subtotal solo se recomienda en pacientes inestables con rupturas fúndica.

### **Reparo del defecto**

Los desgarros transversales del segmento inferior son los más susceptibles de reparar, mientras que la rupturas longitudinales y fundica requieren frecuentemente histerectomía.

El sitio de la lesión debe desbridarse y el cierre se debe realizar en 2 o 3 capas de sutura continua con material absorbible. La primera capa invierte el endometrio y aproxima el miometrio, la segunda capa invagina la primera sutura y la tercera capa compromete el peritoneo visceral.

En la siguiente gestación se deberá realizar una cesárea electiva, antes del inicio del trabajo de parto.

Los casos más complicados son los que se caracterizan por ruptura lateral, comprometiendo el segmento uterino inferior con hemorragia proveniente de la arteria uterina y formación de hematoma que dificulta la cirugía. Estas pacientes se benefician de la realización de ligadura de hipogástricas.

Con una cuidadosa supervisión del trabajo de parto, un diagnóstico precoz y un manejo quirúrgico adecuado e inmediato la morbi-mortalidad materna y perinatal pueden disminuir.

## **2.2 CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL**

### **EMBARAZO**

El embarazo o gravidez (del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo

del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, las gestaciones del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Es aquel que ocurre en mujeres entre 10 a 19 años.

### **Causas**

La tasa de embarazos en la adolescencia y el índice de natalidad para adolescentes han disminuido en general desde que alcanzó su punto más alto en 1990, debido en gran parte al incremento en el uso de condones.

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse. Los adolescentes menores (10 a 14 años de edad) tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales no planeadas y de ser forzados al sexo. Los adolescentes de 18 a 19 años de edad técnicamente son adultos y la mitad de los embarazos en adolescentes ocurre en este grupo de edad.

Los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes abarcan:

- Edad más joven
- Rendimiento académico deficiente
- Desventaja económica
- Padres solteros o adolescentes

## **CLASIFICACION DE LOS EMBARAZOS DE RIESGO**

No existe hasta el momento una clasificación con criterio epidemiológico de los distintos trastornos que complican el embarazo de una manera determinada.

Uranga y colaboradores han realizado una calificación de los embarazos de riesgo tomando en consideración: la edad, paridad, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo actual y afecciones agregadas al mismo; adjudicándole convencionalmente un puntaje de acuerdo al grado de riesgo que impone cada caso.

## **HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE**

A pesar que la tasa de mortalidad materna ha disminuido dramáticamente en los últimos años debido al acceso a manejo hospitalario, tecnología en las unidades de cuidado intensivo y disponibilidad de componentes sanguíneos para transfusión, la hemorragia continua siendo responsable el 40% de estas muertes.

La hemorragia del tercer trimestre es una de las complicaciones más ominosas durante el embarazo y está entre las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto maternas como fetal.

Según la Combs y Cools (2001) se considera que la incidencia de hemorragia obstétrica está entre el 5 y 6%.

Se debe realizar una diferenciación entre causas obstétricas y no obstétricas del sangrado. Las hemorragias de origen no obstétrico generalmente se presentan con sangrado escaso y auto limitado, siendo a excepción el carcinoma invasivo el cérvix.

Independientemente de cuál sea la causa del sangrado ante parto, se requiere una evaluación exhaustiva del mismo y la meta es la estabilización de los pacientes, madre y feto.

Las manifestaciones clínicas pueden ir desde sangrado mínimo sin impacto hemodinámico ni compromiso fetal, hasta sangrado masivo y signos de hipoxia fetal secundarios a hiperfunción uterina y muerte.

En ciertos tipos de hemorragia ante parto como es el caso de la vasa previa el sangrado materno es resultado de pérdida sanguínea fetal directa.

## **PRINCIPALES CAUSAS NO OBSTETRICAS DE SANGRADO VAGINAL PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA DE ORIGEN OBSTETRICO**

### **CAUSAS NO OBSTETRICAS**

Cervicitis

Carcinoma de Cérvix

Pólipos Cervicales

Eversión cervical o ectopia del embarazo

Laceraciones vaginales

Vaginitis

### **CAUSAS OBSTETRICAS**

Placenta Previa

Abruptio Placentae

Vasa Previa

Ruptura Uterina

## **2.2.- PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.**

### **2.2.1.- HIPOTESIS GENERAL.**

“Si las prácticas de los Profesionales de Obstetricia y Ginecología son realizadas con responsabilidad y desempeño, entonces el tratamiento de las primigestas con hemorragia del tercer trimestre sería una atención oportuna, con calidad y calidez”

### **2.2.2.- HIPOTESIS ESPECÍFICA.**

- “Si identificamos las técnicas aplicadas por los profesionales de Obstetricia y Ginecología, entonces lograríamos disminuir la hemorragia del tercer trimestre en primigestas”.
- “Si se mantuvieran programas de capacitación continua para el Profesional de Obstetricia y ginecología, entonces lograríamos dar una atención integral a las primigestas con hemorragia del tercer trimestre”.
- “Si determinamos las causas que producen el cuadro clínico, los Profesionales de Obstetricia y ginecología, entonces lograrían disminuir las hemorragias del tercer trimestre en primigestas”.

### 2.3- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Hemorragia del Tercer Trimestre	Patología presentada en el tercer trimestre caracterizada por un sangrado profuso superior a los 500 ml	Sangrado mayor a > 500 ml	Placenta Previa Abruptio Placentae Ruptura Uterina Vasa Previa
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Fecha de Nacimiento	20 a 45 años.
Instrucción	Nivel educativo alcanzado por la usuaria	Identificación de ciudadanía	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Procedencia	Lugar donde Reside La usuaria	Dirección donde se ubica la vivienda	Urbana , Urbano Marginal y Rural
Estado Civil	Se establece entre dos personas	Identificación de ciudadanía	Unión libre, soltera, casada, Viuda, Divorciada

Edad gestacional	Periodo comprendido desde la concepción hasta la fecha de investigación	FUM Altura Uterina(cm) Examen Ecográfico	30 a 37 semanas
------------------	---	--	-----------------

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGIA**

Este capítulo se relaciona con la metodología que se utilizará para la operatividad de la investigación. En él se describen precisamente el área de estudio y el tipo de estudio, la población y la muestra sobre la que se actuó, por otra parte, también se describen el método y los instrumentos para la recolección de los datos, procedimientos para la obtención de los mismos, además del plan de tabulación y análisis de datos obtenidos.

#### **3.1. Tipo de investigación.**

El tipo de investigación para nuestro proyecto es de carácter prospectivo pues lo que se busca con este es desarrollar estrategias y soluciones que brinden un adecuado diagnóstico y tratamiento de la hemorragia del tercer trimestre en primigestas.

Los fundamentos de este proyecto está orientado a buscar soluciones a los problemas que se presentan en los grupos de primigestas, empezando desde su estado de embarazo, como también el trato que estas personas deben recibir y las actividades que pueden realizar dependiendo como se encuentre su cuadro clínico.

Este estudio se encuentra enmarcado dentro de la investigación cuyo objetivo de es determinar la intervención del Profesional de Obstetricia y Ginecología en la promoción del autocuidado en primigestas con hemorragia del tercer trimestre atendido en el Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas.

#### **3.2. Universo y Muestra.**

**a. Universo.**

Lo constituyeron las embarazadas que acudieron a consulta Gineco obstétrica del “Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas”.

**b. Población Fuente.**

Lo constituyeron mujeres embarazadas que acudieron a consulta Gineco obstétrica del “Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas”.

**c. Población de estudio.**

Lo constituyeron las Primigestas que acudieron a consulta y que fueron ingresadas en el área de emergencia obstétrica del “Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas” durante los meses de Enero 2012 – Junio del 2012.

**d. Muestra.**

Estuvo constituido por 50 historias clínicas de Primigestas con Hemorragia del Tercer Trimestre

.

Criterios de inclusión.

- Estar embarazada con edad gestacional comprendida (30-38).
- Asistir a consulta al Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas y ser ingresada a cualquiera de los servicios de obstetricia

- Aceptación del ingreso.

Criterios de exclusión.

- No cumplir con los criterios de inclusión.

### **3.3. Métodos y Técnicas para la Recolección de Datos**

- Historias clínicas proporcionadas por el departamento de estadística.
- Datos obtenidos del parte diario de emergencia obstétrica.

### **Cronograma de actividades**

N°	Actividades
1	Formulación y presentación del proyecto
2	Revisión de la literatura
3	Elaboración de instrumentos de recolección de datos
4	Aplicación de los instrumentos
5	Procesamiento de datos
6	Primera redacción definitiva
7	Revisión y redacción definitiva
8	Presentación del informe final

### **3.4 PROCEDIMIENTO**

A toda usuaria que acudió al área de Gineco Obstetricia se le brindo una atención con calidad y calidez.

Las pacientes que ingresaron por el área de emergencia obstétrica del Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas, se les realizo exámenes de laboratorio, ecografía y tratamiento respectivo intra hospitalario. Aquellas que no ameritaban ingreso se las atendió con el tratamiento propio ambulatorio.

## CAPITULO IV

### 4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS

Datos obtenidos del área de emergencia del Hospital Jaime Roldos Aguilera

1. ¿Cuál es la edad de primigestas con diagnóstico de Hemorragia del tercer trimestre?

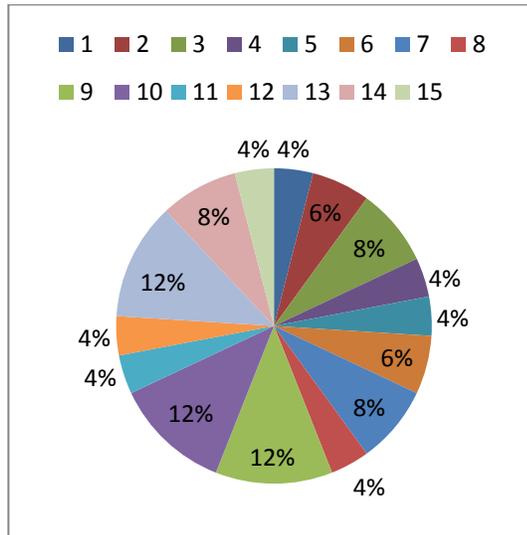
**CUADRO N° 1**

EDAD DE LAS PACIENTES	NÚMERO	PORCENTAJE
20	2	4
21	3	6
22	4	8
23	2	4
24	2	4
24	3	6
26	4	8
27	2	4
28	6	12
29	6	12
30	2	4
31	2	4
36	6	12
38	4	8
39	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

**GraficoN°1**



**FUENTE:** Historias Clínicas

**ELABORACIÓN:** Emerita Escobar y Diana Aragundi.

En el análisis realizados de las historias clínicas, de primigestas con hemorragias en el tercer trimestre presentaron mayor incidencia entre los: 28,29 que corresponde al 12% de las pacientes y 22,26,38 años que corresponde al 8% y en menor porcentaje el resto de pacientes que presentan esta patología

2. ¿Cuál es estado civil de las gestantes con diagnóstico de hemorragias en el tercer trimestre?

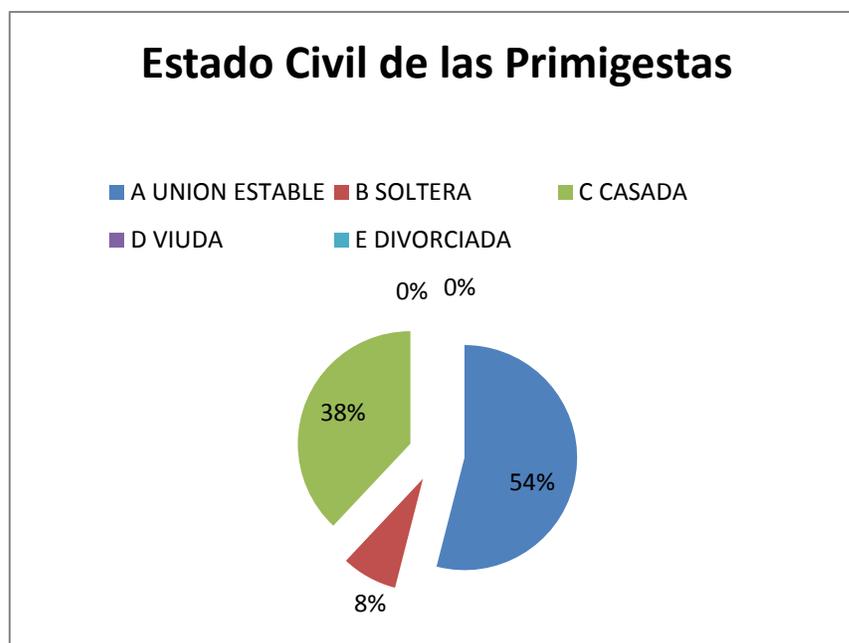
**CUADRO N.2**

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
UNION ESTABLE	27	54
SOLTERA	4	8
CASADA	19	38
VIUDA	0	0
DIVORCIADA	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

**GRAFICO N.2**



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

En este estudio interpretamos que el estado civil predominante es la unión estable representada por el 54%, mientras que el 38% son casadas y con un 8% de las gestantes con hemorragias en el tercer trimestre son solteras mientras que no se observa ninguna primigestas con estado civil viuda y divorciada.

3. ¿En qué zona la población de gestantes es más frecuente las hemorragias del tercer trimestre?

CUADRO N.3

PROCEDENCIA DE LAS PRIMIGESTAS	NUMERO	PORCENTAJE
Urbana	19	38
Rural	31	62
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

GRAFICO N.3



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

Podemos deducir que la población que más incide es procedente de zona rural (Ventanas) con un 62%; frente a la incidencia mínima de zonas urbana con 19 pacientes primigestas con hemorragias en el tercer trimestre que corresponde al 38%.

4. ¿Cuál es el grado de instrucción de las primigestas con diagnóstico de hemorragias en el tercer trimestre?

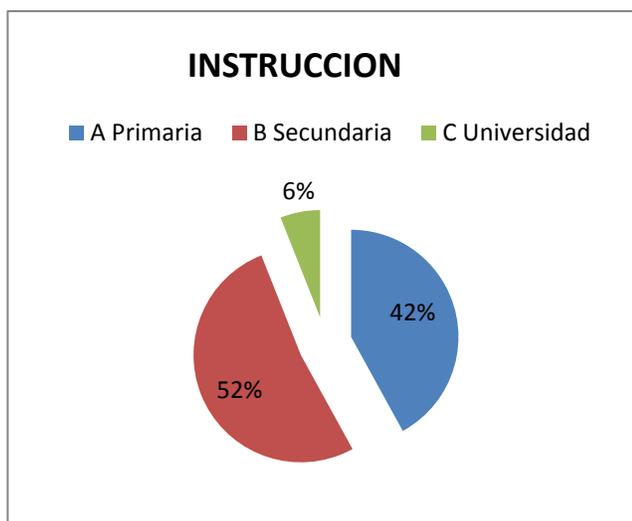
CUADRO N.4

INSTRUCCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Primaria	21	42
Secundaria	26	52
Universidad	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

GRAFICO N.4



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

En esta pregunta nos podemos dar cuenta que el 52% de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre cuentan con instrucción secundaria; frente al 42% que representa la población que cuenta con instrucción primaria. Y solo un 6% cuentan con instrucción superior.

**5. ¿En qué edad gestacional fue más frecuente el diagnóstico de Hemorragia del tercer trimestre?**

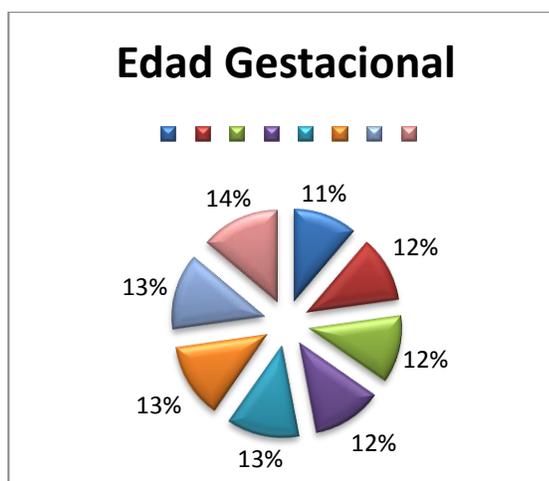
**CUADR N.5**

EDAD GESTACIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
30	6	11%
31	7	12%
32	7	12%
33	7	12%
34	8	13%
35	7	13%
36	6	13%
37	2	14%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

**Grafico N.5**



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

En el siguiente gráfico podemos observar que las pacientes de 30 años de edad constituyen un 11%, seguida por las de 31 años de edad con un 12 %, de igual manera lo constituyen las de 32 y 33 años de edad con un 12%, Aumentando en las de 34 años con el 13%, las de 35 años 13%, 36 años 13%, siendo más significativo en las de 36 años con el 14%.

6. ¿Cuántos controles prenatales se realizaron durante el embarazo las Primigestas que presentaron hemorragias en el tercer trimestre?

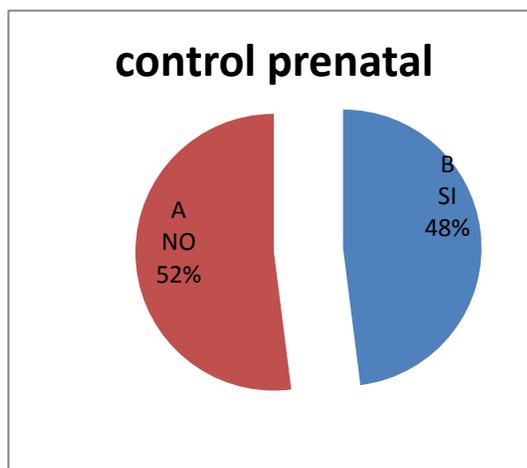
**Cuadro N.6**

OPCION	NUMERO	PORCENTAJE
SI	24	48%
NO	26	52%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi

**Grafico N.6**



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi

Mediante este estudio podemos analizar la falta de concientización de las primigestas a sus controles prenatales dándonos como resultado el 48% de pacientes que se realizaron controles y un 52% quienes no asistieron a sus controles prenatales como consecuencia el diagnóstico tardío de los factores de riesgo que conllevan a las hemorragias del tercer trimestre en primigestas

**7. ¿Cuántas primigestas con hemorragias del tercer trimestre presentaron anemia?**

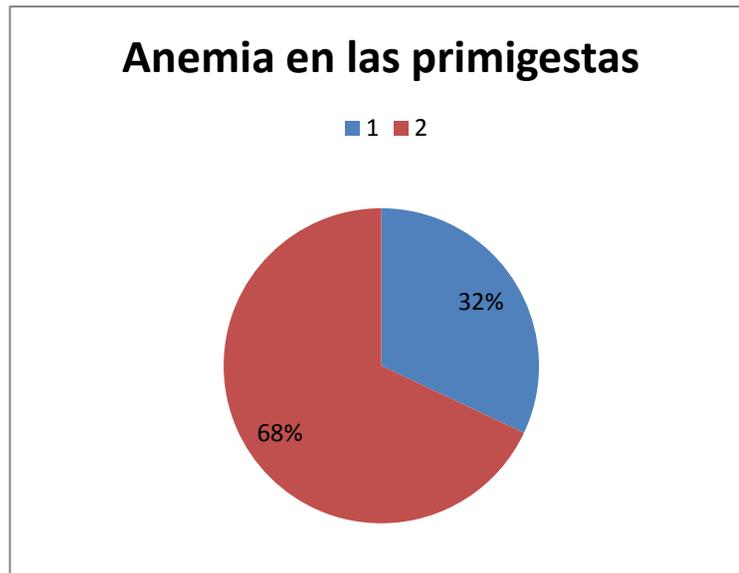
**CUADRO N° 7**

<b>OPCION</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	16	32
NO	34	68
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

**GRÁFICO N° 7**



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORACIÓN: Emerita Escobar y Diana Aragundi.

El 32% del total de las primigestas con hemorragias del tercer trimestre presentaron anemia y 64% no presentan lo que quiere decir que existe un gran porcentaje de problemas en esa etapa lo cual es un indicador para la realización de este estudio.

**8. ¿Cuántas primigestas con hemorragias en el tercer trimestre se les diagnosticó enfermedades de transmisión sexual?**

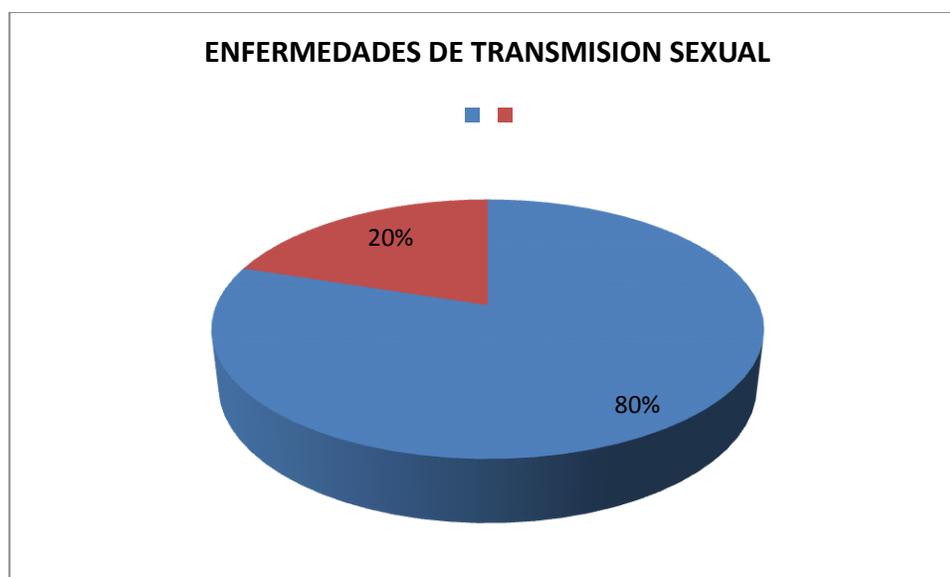
**CUADRO N°8**

OPCION	NÚMERO	PORCENTAJE
NO	40	80
SI	10	20
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de campo

**ELABORACIÓN:** Emerita Escobar y Diana Aragundi.

**Gráfico N° 8**



**FUENTE:** Investigación de campo

**ELABORACIÓN:** Emerita Escobar y Diana Aragundi.

De 40 pacientes el 80% con hemorragias en el tercer trimestre no presentaron enfermedades de transmisión sexual, mientras que el 20% de las historias clínicas revelaron que presentaron VIH –SIDA.

**9. ¿Qué porcentaje de primigestas con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre fueron hospitalizadas?**

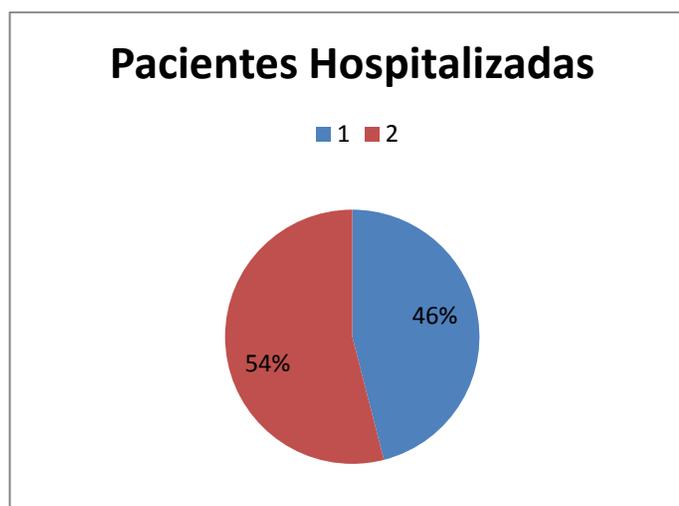
**CUADRO N° 9**

OPCION	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	23	46
NO	27	54
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de campo.

**ELABORACIÓN:** Emerita Escobar y Diana Aragundi.

**GRAFICO N°9**



**FUENTE:** Investigación de campo

**ELABORACIÓN:** Emerita Escobar y Diana Aragundi.

Del total de las historias clínicas 23 pacientes que representan el 46% de primigestas con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre fueron hospitalizadas, mientras que el 54% no hubo necesidad de ser hospitalizadas

## **4.2 Comprobación y discusión de hipótesis**

Los resultados obtenidos en esta investigación de las Historias clínicas sirvieron para comprobar la hipótesis de que las Normas, protocolos y procedimientos de los Profesionales de Ginecología y Obstetricia son realizadas con responsabilidad y desempeño, para el Diagnóstico y tratamiento de las Primigestas con hemorragia del Tercer trimestre, al mismo tiempo ofrecen una atención oportuna, con calidad y calidez.

El buen proceder y la mejora de las normas y protocolos maternos obtienen resultados significativos en el diagnóstico ya que el control de calidad siempre ha sido beneficioso en los resultados.

## **4.3 CONCLUSIONES**

En la presente tesis realizada en el hemos conocido a fondo la problemática de las pacientes con hemorragias del tercer trimestre que acuden al área Gineco-obstétrica. Si bien la hemorragia del tercer trimestre constituye un problema de salud, las infecciones asociadas constituyen las complicaciones de la misma.

Identificamos que la tasa de mayor incidencia fueron primigestas con hemorragias en el tercer trimestre presentaron mayor incidencia entre los: 28,29 que corresponde al 12% de las pacientes y 22,26,38 años que corresponde al 8% y en menor porcentaje el resto de pacientes que presentan esta patología

En este estudio interpretamos que el estado civil predominante es la unión estable representada por el 54%, mientras que el 38% son casadas y con un 8% de las gestantes con hemorragias en el tercer trimestre son solteras.

Podemos deducir que la población que más incide es procedente de zona rural

(Ventanas) con un 62%; frente a la incidencia mínima de zonas urbana con 19 pacientes primigestas con hemorragias del tercer trimestre que corresponde al 38%

De 50 pacientes esta pregunta nos podemos dar cuenta que el 52% de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre cuentan con instrucción secundaria; frente al 42% que representa la población que cuenta con instrucción primaria. Y solo un 6% cuentan con instrucción superior

Nos podemos dar cuenta que las pacientes de 30 años de edad constituyen un 11%, seguidas por las de 32,33 años de edad con un 12 %, aumentando en las de 34,35,36 años con el 13% siendo más significativo en las de 36 años con el 14%.de la primigestas con hemorragias en el tercer trimestre

A través de este estudio podemos observar que la frecuencia más notoria en el Diagnóstico de las primigestas que presentan hemorragias en el tercer trimestre que asistieron a sus controles prenatales dándonos como resultado el 48% de pacientes y en un 52% quienes no asistieron a sus controles prenatales como consecuencia el diagnóstico tardío de los factores de riesgo que conllevan a las hemorragias del tercer trimestre en primigestas.

El 32% del total de las primigestas con hemorragias del tercer trimestre presentaron anemia y 64% no presentan lo que quiere decir que existe un gran porcentaje de problemas en esa etapa lo cual es un indicador para la realización de este estudio.

De 40 pacientes el 80% con hemorragias en el tercer trimestre no presentaron enfermedades de transmisión sexual, mientras que el 20% de las historias clínicas revelaron que presentan infecciones de transmisión sexual de este estudio hemos observado que en Hospital JAIME ROLDOS AGUILERA el total de las historias clínicas que representan 23 pacientes con el 46% de

primigestas con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre fueron hospitalizadas, cumpliendo de esta manera las normas del MSP mientras que el 54% no hubo necesidad de ser hospitalizadas.

Esto pone en evidencia la necesidad de fomentar los beneficios y de realizar controles prenatales en la población con esto disminuiría la alta incidencia de hemorragias en el tercer trimestre en las primigestas. Este tipo de pacientes debe ser objeto de nuestra máxima atención permitiendo la detección factores de riesgo y el tratamiento oportuno disminuiría la incidencia de hemorragias en el tercer trimestre y sus complicaciones obstétricas que elevan el riesgo.

## CAPITULO V

### 5. PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS

#### 5.1.- PRESENTACIÓN.

Mediante charlas educativas y la creación de programas de integración familiar Reduciríamos el ausentismo al control prenatal, Concientizando a las primigestas la importancia del control prenatal **oportuno, óptimo y veraz con enfoques completo e integral, precoz, intercultural, periódico y afectivo** de esta forma disminuiríamos la morbilidad y mortalidad materno Peri-neonatal.

#### 5.2.1.- OBJETIVO GENERAL.

Lograr la asistencia al control prenatal **oportuno óptimo y veraz con enfoques completo e integral, precoz, intercultural, periódico y afectivo.** Detectando tempranamente los factores de riesgos en las pacientes primigestas diagnosticadas con hemorragias en el tercer trimestre, garantizando el acceso de las diferentes poblaciones a las prestaciones de prevención y tratamiento del mismo.

#### 5.2.2.- OBJETIVO ESPECIFICO.

- Disminuir el índice de abandono del tratamiento en pacientes primigestas diagnosticadas con hemorragias en el tercer trimestre.
- Organizar horarios de accesibilidad para la atención de pacientes primigestas con Hemorragia del Tercer Trimestre.

- Garantizar el acceso continuo a una atención integral que cuente con fármacos para tratamientos completos y exámenes de control gratuitos a cada paciente.

### **5.3.- CONTENIDO.**

Una vez captadas las pacientes primigestas con hemorragias del tercer trimestre en cada centro de salud (MSP), sería ideal la referencia a un hospital de mayor complejidad, integrado por personal altamente calificado y humanitario.

Este equipo debe estar formado por una Obstetrix, Ginecólogo, Psicólogo y Enfermera.

El personal designado debe estar entrenado para aclarar las diferentes incógnitas que hay en cada paciente creando un ambiente de confianza y armonía.

Garantizando y promoviendo una atención con calidad y calidez Que cumpla con los estándares de atención, mejorando su calidad de vida Bio-Psico-social.

### **5.4.- DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA.**

El Ministerio de Salud Pública (MSP) debe realizar campañas masivas dirigidas a la sociedad, difundándose en todos los medios de comunicación: prensa escrita, televisiva, radial, en las diferentes instituciones del Ministerio de educación y cultura: escuelas, colegios, universidades concientizando la importancia del control prenatal oportuno óptimo y veraz para disminuir la

morbi mortalidad materno infantil causada en primigestas con hemorragias del tercer trimestre

### 5.5.- RECURSOS.

#### Humano:

Profesional como Ginecólogos, Obstetrices, autoras de este proyecto y demás integrantes del equipo de salud altamente capacitado para la valoración de estas pacientes.

#### Recursos Materiales.

Actividad	Material
Presentación y aprobación de la propuesta	Papelografo
Coordinar acciones con el personal de Obstetricia y Ginecología	Papelografo Papel bon y plumas
Elaboración y preparación del material didáctico	Papelografo Papel bon y plumas
Selección de material didáctico	Manuales de Normas de Atención Afiches Textos Trípticos Papel Bond. Marcadores
Selección de temas	Papelografo
Establecer Horarios de ejecución de propuesta	Papelografo
Ejecución de propuesta	Televisión, DVD, Papelografo, Afiches Textos Trípticos

### 5.5.1. PRESUPUESTO PARA LA EJECUCION DE ESTA PROPUESTA

Para la instauración y seguimiento del tratamiento y de antibioticoterapia de las pacientes primigestas diagnosticadas con hemorragias del tercer trimestre. Contando con el apoyo del Gobierno Nacional del Ecuador.

<b>Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Costo</b>
Presentación y aprobación de la propuesta	Papelografo	\$20,00
Coordinar acciones con el personal de Obstetricia	Papelografo Papel bon y plumas	\$30,00
Elaboración y preparación del material didáctico	Papelografo Papel bon y plumas	\$900,00
Selección de material didáctico	Manuales de Normas de Atención Afiches Textos Trípticos Papel Bond. Marcadores	\$150,00
Selección del temas	Papelografo	\$100,00
Establecer Horarios de ejecución de propuesta	Papelografo	\$100,00

Ejecución de propuesta	Televisión, DVD, Papelografo, Afiches Textos Trípticos	\$500,00
<b>TOTAL</b>		<b>\$1.900,00</b>

### 5.6.- CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA

<b>ACCIONES A REALIZAR</b>	<b>LUGAR A REALIZAR</b>	<b>METODOL OGIA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EJECUCION DE LA PROPUESTA</b>
Campañas de promoción del control prenatal Eficiente.	Zonas Urbano marginal, Rural.	Maqueta. Videos. Proyector. Laptop	Humano. Material Didáctico. Económico	3 MESES.
Programas de capacitación para padres de familia en educación sexual y reproductiva	Zonas Urbano, Urbano marginal, marginal y Rural	Maqueta. Videos. Proyector. Preservativos	Humano. Material Didáctico. Económico.	2 MESES.
Revisión minuciosa continúa de HC.	SCS. Hospitales básicos y provinciales	Evaluación mensual estricta De HC.	Humano. Tecnológico  Formularios Perinatales	PERMANENTE

Unidades Móviles. (visitas domiciliarias)	Zonas Urbano, Urbano marginal, marginal y Rural	Donación del Ministerio de Salud Pública.	Humano y Carros a diesel o gasolina. Financiero	PERMANENTE
--	---	---	--	------------

## CAPITULO VI

### 6.- BIBLIOGRAFIA

1. Jaime Botero. Guillermo Henao y Juan Guillermo Lodoño octava edición obstetricia y ginecología 2008 Médicos Cirujanos y especialista en Obstetricia y Ginecología.
2. Cuningham FG, Mac Donald PC, Gant NH. Obstetricia de Williams, 1997.
3. Creas-Resnik. Medicina Materno Fetal, Principio y Practica, Capitulo 38 W.B., 1998.
4. Arias F. Guía práctica al embarazo y a la entrega del alto riesgo, Anuario mosby del capítulo 9, 1995.
5. Annath CV, Wilcox AJ, Savitz. Efecto de la edad y de la paridad maternal en el riesgo de sangrado útero placentario en embarazo. Obstetricia y Ginecología 1978; 88:511.
6. DR Knab. Abruptio Placentae: Obstetricia y Ginecología 1978; 52:625
7. Quintero Ca, Cobo E, Cifuentes R. Monitoria de latido Cardiaco Fetal en el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Rev col. Obstetricia y Ginecologia 1983; 34.
8. Gabbe S. Obstetricia Normal y problemas en el Embarazo 2001. Capítulo 17:4 edición.
9. Leiberman. Frecuencia reducida de los desórdenes de Hipertensión dentro de la placenta previa. Obstetricia y Ginecología. 1993; 77(1).
10. ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD. Componente normativo materno. 2008.
11. OPS. Ecuador Salud en las Américas: países, 2007. (2):299-316.
12. <http://html.rincondelvago.com/educacion-sexual-de-adolescentes.html>
13. Ginecología y Obstetricia. (54):15-21. Enero 2008

14. Mabie W. placenta previa, clínica y perinatología 1992, 19(2)
15. Taylor VM, Vaughan TL, placenta previa y entrega cesárea anterior
16. Cifuentes R. alto riesgo obstétrico editorial. Distrito 2.3.2.- sexta edición 2005.
17. Rodrigo Cifuentes obstetricia de la alto riesgo profesor titular Emérito departamento DPTO. De Ginecología y Obstetricia sexta edición 2006
18. Tratado de ginecología de Novak décima edición. México D. F. 1985

## CAPITULO VII

### 7.- ANEXOS

#### Datos obtenidos de las historias clínicas HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"

Código: .....

Fecha:.....

Dirección:.....

#### 1. ¿Cuál es la población de Primigestas con diagnóstico de Hemorragia del Tercer Trimestre?

20 años

21 años

22 años

23 años

25 años

26 años

27 años

28 años

29 años

30 años

31 años

36 años

38 años

39 años

#### 2. ¿Cuál es el estado civil de las Primigestas con diagnóstico de Hemorragia del Tercer Trimestre?

Unión Estable

Soltera

Casada.

#### 3. En qué zona la población de Primigestas es más frecuente las Hemorragia del tercer trimestre.

Urbana

Rural

#### 4. ¿Cuál es el grado de instrucción de las primigestas con diagnóstico de hemorragias en el tercer trimestre?

Primaria  
Secundaria  
Superior

**5. ¿En qué edad gestacional fue más frecuente el diagnóstico de Hemorragia del tercer trimestre?**

30 semanas de gestación  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37

**6. ¿Se realizaron controles prenatales las Primigestas que presentaron hemorragias en el tercer trimestre?**

Si  
No

**7. ¿presentaron anemia las primigestas con hemorragias del tercer trimestre?**

Si  
No

**8. ¿se les diagnostico Enfermedades de Transmisión Sexual a la primigestas con hemorragia del Tercer Trimestre?**

Si  
No

**9. ¿Qué porcentaje de primigestas con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre fueron hospitalizadas?**

Si 46%  
No 54%

**9. ¿Qué porcentaje de primigestas con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre fueron hospitalizadas?**

Si 46%  
No 54%