



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CAUSAS DE MAYOR FRECUENCIA DE
LAS HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO DE
GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN EN
ABANCAY PERIODO AGOSTO - DICIEMBRE 2015**

INFORME FINAL DE TESIS

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Olinda Ludeña Molina

ASESOR:

Dr: MARCO ANTONIO CORDOVA ROSELL

Andahuaylas – Perú

2016

DEDICATORIA

A Dios el ser quien me ha dado la existencia, el poder vivir día a día. A mis padres Cesar Ludeña Yupanqui y Paulina Molina Chirca por sus enseñanzas, comprensión y apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi vida universitaria.

A mis hermanos y hermanas por su apoyo en todo momento y seguir Alentándome para ser mejor en la vida.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Alibar Serrano Muñoz, Vicerrector de la Universidad Alas Peruanas, filial Andahuaylas, por su apoyo durante la elaboración de mi trabajo de tesis.

Al director de la escuela profesional de obstetricia el Dr. Washington de la Universidad Alas Peruanas mi reconocimiento y profunda gratitud, por su constante estímulo y colaboración que ha permitido la culminación de este trabajo.

Al obstetra Ciprian Ramos Amiquero por la validación del instrumento de recolección de datos, en el presente trabajo.

A todas las madres gestantes del centro de salud pueblo joven por su colaboración en la realización de la encuesta mis más sinceros agradecimientos.

A mi querida hermana Susan Yaneth por su paciencia comprensión y apoyo en todo el transcurso de la realización de mi tesis.

A mis amigas Edith y Zenaida quienes me apoyaron en todo momento. Juntas hemos logrado nuestro mayor objetivo gracias por su colaboración.

A todas las personas que hicieron posible la culminación de este mi trabajo mi mayor respeto hacia ellos.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar las causas de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al centro de salud pueblo joven en Abancay periodo agosto – diciembre 2015. La presente investigación es de tipo descriptivo explicativo no experimental. Para ello se encuestaron a 70 gestantes que cursaban la segunda mitad de su embarazo, quienes permitieron obtener información acerca del tema estudiado. Se encontró que un mayor porcentaje de gestantes tienen un conocimiento bueno sobre la hemorragia con un 56%. Un menor porcentaje de las gestantes tienen conocimiento bajo sobre la hemorragia con un 16%. El mayor porcentaje de gestantes saben cuál es la causa de hemorragia en la segunda mitad del embarazo con un 50%, seguido de un porcentaje considerable de las gestantes que indican que las hemorragias se deben a tumores uterinos con un 26% y en 24% de las pacientes mencionan que las hemorragias se deben a placenta previa. Así mismo 53% de las gestantes confunden el sangrado y el dolor de la hemorragia con un trabajo de parto. Mientras que en un 27% menciona que esto se debe a desprendimiento prematuro de placenta, 20% indica que el sangrado y dolor se deben a placenta previa. Acerca del conocimiento sobre los signos de alarma del embarazo 96% de ellas saben acerca de estos signos. Mientras que un 4% no saben acerca de los signos de alarma del embarazo.

Palabras clave: hemorragias de la segunda mitad del embarazo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta.

ABSTRACT

This research was conducted to determine the causes of increased frequency of bleeding in the second half of pregnancy in pregnant women attending the health center young people in Abancay period from August to December this research is 2015. It is a type explanatory descriptive non-experimental. To this they were surveyed 70 pregnant women who were enrolled in the second half of pregnancy, who allowed information about the subject studied. It was found that a higher percentage of pregnant women have a good knowledge about the bleeding with 56%. A smaller percentage of pregnant women have low knowledge on bleeding with 16%. The highest percentage of pregnant know what the cause of bleeding in the second half of pregnancy with 50%, followed by a considerable percentage of pregnant indicating that bleeding due to uterine tumors with 26% and 24% mention that patients bleeding due to previous placenta. Likewise, 53% of pregnant women confused bleeding and pain of bleeding with labor. While 27% of mention that this is due to abruption. 20% indicates that the bleeding and pain are due to previous placenta. About the knowledge of the warning signs of pregnancy 96% of them know about these signs. While 4% do not know about the warning signs of pregnancy.

Keywords: hemorrhages by giving half of pregnancy, previous placenta, placental abruption.

ÍNDICE

CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	viii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO

METODOLOGICO.....	01
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	01
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.....	02
1.2.1 DELIMITACION ESPACIAL.....	02
1.2.2 DELIMITACION SOCIAL.....	02
1.2.3 DELIMITACION TEMPORAL.....	02
1.2.4 DELIMITACION CONCEPTUAL.....	03
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	03
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	03
1.3.2 PROBLEMA ESPECIFICO.....	03
1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	04
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	04
1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	04
1.5 HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....	04
1.5.1 HIPOTESIS GENERAL.....	04
1.5.2 HIPOTESIS ESPECIFICO.....	05
1.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....	05
1.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	05
1.6.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	05
1.7 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	08
1.7.1 TIPO E INVESTIGACION.....	08
1.7.2 NIVEL DE INVESTIGACION.....	08
1.7.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	08
1.8 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.....	08
1.8.1 POBLACION.....	08
1.8.2 MUESTRA.....	08
1.9 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	08
1.9.1 TECNICAS.....	08
1.9.2 INSTRUMENTOS.....	09
1.10 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.....	09

CAPITULO II

MARCO TEORICO	10
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	10
2.2 BASES TEORICAS.....	14
HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.....	14
PLACENTA PREVIA.....	14
a) ASPECTOS GENERALES.....	14
b) CLASIFICACION.....	16
c) ASPECTOS DIAGNOSTICOS.....	17
d) MANIFESTACIONES CLINICAS.....	17
e) ULTRASONIDO.....	18
f) RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR.....	19
g) ASPECTOS TERAPEUTICOS.....	20
h) MEDIDAS GENERALES.....	20
i) CONDUCTA DURANTE LA GESTACION.....	21
j) CONDUCTA DURANTE EL PARTO.....	22
k) COMPLICACIONES.....	22
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	23
a) ASPECTOS GENERALES.....	23
b) CLASIFICACION.....	24
c) ASPECTOS DIAGNOSTICO.....	25
d) MANIFESTACIONES CLINICAS.....	25
e) ULTRASONIDO.....	26
f) LABORATORIO.....	27
g) ASPECTOS TERAPEUTICOS.....	27
h) COMPLICACIONES.....	29
ROTURA UTERINA.....	30
a) ASPECTOS GENERALES.....	30
b) CLASIFICACION.....	31
c) ASPECTOS DIAGNOSTICO.....	32
d) ASPECTOS TERAPEUTICOS.....	32
e) PRONOSTICO.....	33
OTRAS CAUSAS.....	33
ROTURA DE VASA PREVIA.....	33
ROTURA DEL SENO MARGINAL.....	34
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	34

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	54
ANEXOS	55
1. Fuentes de información	
2. Matriz de consistencia	
3. Encuesta	
4. Validación del instrumento por juicio de expertos	
5. Imágenes acerca del estudio realizado en la UAP, Andahuaylas	

INTRODUCCION

El embarazo es un proceso donde la madre adquiere la mayoría de responsabilidades debido a que ella es la única que puede notar cualquier anomalía, así como darse cuenta cuando existen signos de peligro en su transcurso.

La hemorragia obstétrica es la pérdida excesiva de sangre superior a los 500cc que requiere tratamiento urgente de reposición de líquido por vía endovenosa y/o transfusión de sangre puede presentarse durante el estado gravídico o puerperal entre las causas más frecuentes son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y la rotura uterina.

Dentro de estas señales de alerta se encuentran las hemorragias, que consisten en la expulsión de sangre por la vagina de la embarazada con o sin antecedente previo durante el transcurso de su embarazo. Estas hemorragias pueden darse en la primera mitad del embarazo o en la segunda mitad del embarazo y el grado de severidad se debe a la cantidad de sangre que se expulsó, el compromiso hemodinámico, la edad gestacional en el que se presenta y el estado vital del feto. Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de morbilidad y mortalidad materna en el país y la primera causa de mortalidad materna en el mundo.

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo complican el 3,8% de todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el ámbito mundial. Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo se acompañan de mal pronóstico perinatal, la mortalidad perinatal es cinco veces mayor en estos casos.

La organización mundial de la salud reporta que existen en el mundo 529.000 muertes maternas al año, de las cuales 166.000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

- I. Se conoce como placenta previa un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, y clínicamente por hemorragias de intensidad variable, y el desprendimiento prematuro de la placenta que es un proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total ,antes del parto, de una placenta que a diferencia de la placenta previa, esta insertada en su sitio normal, si bien es cierto este hecho puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, los desprendimientos producidos antes de las 20 semanas, por su evolución, deberán ser tratados como abortos. Los que tienen lugar después de las 20 semanas constituyen un cuadro conocido como desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias, aunque frecuente pueden no estar presente en el proceso, existen por lo tanto formas anatómicas sin expresión clínica.
- II. Según la OMS en el año 2010 menciona. La más frecuente y principal complicación durante el embarazo es la hemorragia obstétrica. Se pueden presentar durante la primera mitad del embarazo, durante la segunda mitad o inmediatamente antes del parto, y durante el posparto. Esta última constituye la causa más frecuente. En el mundo, las hemorragias obstétricas son la causa principal de muerte materna, al igual que en nuestro país.

Uno de los problemas principales es que esta complicación usualmente se presenta en forma súbita, y no siempre contamos con la capacidad resolutive adecuada del establecimiento para su manejo; y, por otro lado, no siempre es posible contar con bancos de sangre disponibles y accesibles, sobre todo en las provincias. Entre el 0,4 y 0,64% del total de partos ocurridos en el INMP entre los años 2007 y 2008. La mortalidad materna fue menor a 1% y la mortalidad perinatal aproximadamente 20 a 35%.

- III. En el Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay de todas las madres gestantes que acuden a sus controles prenatales así como las madres que dan a luz el 70 % de ellas desconocen sobre las hemorragias en la segunda mitad del embarazo y el 30% saben muy poco sobre el tema.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. **DELIMITACIÓN ESPACIAL:** El presente proyecto de investigación se realizó en el Centro de Salud Pueblo Joven Distrito de Abancay Provincia de Abancay - Región Apurímac.

1.2.2. **DELIMITACIÓN SOCIAL:** La presente investigación se realizó en todas Las gestantes que cursan la segunda mitad de su embarazo y que se atienden en control prenatal del Centro de Salud de Pueblo Joven de Abancay Distrito de Abancay Región Apurímac.

1.2.3. **DELIMITACIÓN TEMPORAL:** De Agosto a Diciembre 2015

1.2.4. **DELIMITACIÓN CONCEPTUAL:** Las causas de hemorragias en la segunda mitad de embarazo consiste en saber cuál es la principal causa que produce hemorragias en la segunda mitad del embarazo que aumentan la Morbi-Mortalidad materna perinatal.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL:

¿Cuáles son las causas de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven en Abancay periodo Agosto - Diciembre 2015?

1.3.2. PROBLEMA ESPECÍFICO:

- a. ¿Cuáles son los signos y síntomas de mayor pronóstico de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Joven?
- b. ¿Cuál es la consecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en pacientes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Joven?
- c. ¿Cuál es la complicación que presentan las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en las madres gestantes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Joven?

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven en Abancay periodo Agosto – Diciembre 2015.

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- a. Identificar los signos y síntomas de mayor pronóstico de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven.
- b. Identificar las consecuencias de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en pacientes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Joven.
- c. Conocer las complicaciones que presentan las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

La causa de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo se debe a placenta previa (PP) en el Centro de Salud Pueblo Joven en Abancay de Agosto – Diciembre 2015

1.5.2 HIPOTESIS ESPECÍFICO

- a. Los signos y síntomas de mayor pronóstico son el sangrado vaginal con y sin dolor en gestantes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Joven.
- b. La consecuencia de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo es el shock hipovolémico en gestantes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Joven.

- c. La complicación de las hemorragias son que pueden producir la mortalidad materna perinatal.

1.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo.

1.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A.- causa:

- 1.- cordón corto.
- 2.- placenta previa.
- 3.- Polihidramios.
- 4.- Antecedentes de legrado uterino.
- 5.- Antecedentes de hemorragia.
- 6.- Grandes multíparas.
- 7.-Desprendimiento prematuro de placenta.
- 8.-tumores uterinos.

B.-Signos y Síntomas:

- 9.- sangrado
- 10.- dolor

C.- consecuencias:

- 13.- Anemia
- 14.- Parto prematuro
- 15.- Shock hipovolémico

D.- complicaciones:

- 16.- Muerte de la mujer
- 17.- Muerte del feto.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE
HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	1.- CAUSA	1.1.- Cordón corto 1.2.- Placenta previa 1.3.- Polihidramios 1.4.- Antecedentes de L U 1.5.- Antecedentes de hemorragia 1.6.- Grandes múltiparas 1.7.-DPP 1.8.-Tumores uterinos	1.1.1.-< de 20 cm 1.2.1.- En embarazo anterior y actual. 1.3.1.- Agudo, crónico 1.4.1.- Abortos incompletos 1.5.1.- En gestación anterior 1.6.1.- > de 4 hijos 1.7.1.-En Embarazo Anterior y Actual 1.8.1.-Fibromas Uterinos
	2.- SIGNOS Y SINTOMAS	2.1.- Sangrado 2.2.- Dolor	2.1.1.Leve,Moderado,Severo, Crónico. 2.2.1.- Leve, Crónico
	3.- CONSECUENCIAS	3.1-En la madre 3.1.1- Anemia 3.1.2- Parto Prematuro 3.1.3.- Shock Hipovolémico 3.2-En el feto 3.2.1-Hipoxia 3.2.2-Anemia 3.2.3-RCIU 3.2.4-Prematuridad	3.1.1.- En La Madre 3.1.1.- Hemoglobina < de 11 3.2.1.- De 28 a 37 semanas 3.3.1.- > 500 ml 3.2.1.- En El Feto 3.2.1.1-Aguada, Crónica. 3.2.2.1.-Leve Crónica 3.2.3.1. Intrínseca, Extrínseca, Combinada, Idiopática. 3.2.4.1.- < 37 semanas
	4.- COMPLICACIONES	4.1.- Muerte de la mujer 4.2.- Muerte del feto.	

1.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es de tipo básico.

1.7.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es descriptivo explicativo porque se describe y explica el problema a investigar.

1.7.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de diseño que se utilizo es el no experimental

1.8. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1 POBLACIÓN

La población estuvo comprendida por 70 gestantes que acudieron al Centro de Salud Pueblo Joven.

1.8.2 MUESTRA

El tamaño de la muestra se realizó con el total de la población.

1.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.9.1 TÉCNICAS

En el presente trabajo de investigación se tiene cuatro etapas de técnicas de recolección de datos;

- Primera etapa es la coordinación con el Vicerrector de la Universidad Alas Peruanas.
- La segunda etapa es la carta de presentación solicitando permiso y autorización, del Director del Centro de Salud de Pueblo Joven.
- La tercera etapa es la sensibilización a las madres gestantes antes de aplicar las encuestas para obtener buenos resultados.

- La última etapa es el Procesamiento y análisis de datos obtenidos a nivel del gabinete utilizando algunos programas en la hoja de cálculo (Excel).

1.9.2 INSTRUMENTOS

- Para la recolección de datos se utilizó como herramienta de trabajo la encuesta que estuvo validada por juicios de expertos.

1.10. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Consideramos necesario este estudio en el Centro de Salud de Pueblo Joven porque:

Conociendo la no asistencia periódica a los controles prenatales hace que las hemorragias obstétricas presentes en el embarazo provoquen riesgos en la salud materna y perinatal, la vigilancia el seguimiento es primordial a fin de evitar que la gestación no salga de los límites fisiológicos y en caso de suceder estas sean detectadas en sus fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el manejo adecuado y reducir la tasa de morbilidad y mortalidad de las embarazadas. Como C.S que son, a esta acuden y remiten gestantes de todas las condiciones y de todos los P.S del Distrito de Abancay por lo que se constituye como centro 1-4 FONP. El conocimiento de los riesgos asociados y normados a nivel de la DIRESA, permitirá la identificación y derivación oportuna de estos casos, lo cual realmente ayudará a una disminución de la morbimortalidad materna perinatal.

Para tener en cuenta que la hemorragia en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto pre término, causa principal de morbimortalidad perinatal, además de que también se puede asociar a sufrimiento fetal agudo y a óbito fetal. Por otro lado, tanto el desprendimiento prematuro de la placenta (DPP) como la placenta previa (PP) pueden ser causantes de sangrado materno importante, sobre todo los casos de DPP con óbito fetal, siendo necesarias con cierta frecuencia las transfusiones de hemoderivados

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS INTERNACIONALES

- I. **The American Congress of Obstetricians and Gynecologists 2013.** Menciona en su artículo. Hay varias causas que pueden producir sangrado vaginal durante el embarazo. Algunas son graves y otras no. El sangrado vaginal puede ocurrir en las primeras o últimas etapas del embarazo. A menudo cuando el sangrado es leve cesa por su cuenta. A veces, el sangrado puede poner en peligro a la madre o al feto. Para muchas mujeres, el sangrado vaginal que ocurre durante el embarazo no es más que una molestia y no requiere tratamiento. Para otras mujeres, el sangrado vaginal puede ser un indicio de un problema grave. Objetivo diagnosticar y tratar a tiempo los sangrados que se presentan durante el embarazo. La detección oportuna de esta patología ha disminuido considerablemente los riesgos de que una gestante tenga hemorragias durante su embarazo. Las hemorragias durante el embarazo si no son tratadas a tiempo nos pueden llevar a diversas complicaciones, para evitar esto es necesaria la oportuna intervención del profesional capacitado.
- II. **Acog Patient Education. Sangrado Durante el Embarazo 2009.** Las causas de sangrado en la segunda mitad del embarazo son distintas a aquellas de la primera mitad. Los problemas comunes que causan sangrado leve incluyen inflamación o tumores en el cuello uterino. Éstos pueden tratarse con medicamentos. Objetivo diagnosticar a tiempo el parto prematuro ya que esto también puede provocar este

tipo de sangrado. Resultado Existe sangrado genital en 78% de los casos, con dolor uterino, hipertonia y polisistolia en 20%, hemorragia oculta con hematoma retro placentario. La presencia de sangrado intenso por lo general implica que existe un problema con la placenta. Las dos causas más comunes en esta etapa son el desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa Cuando el sangrado ocurre en las últimas etapas la salud de la mujer o la del feto corre peligro. Es posible que sea necesario administrar tratamiento en un hospital o dar a luz.

NACIONALES

- III. **Jairo Amaya guío. OBSTETRICIA INTEGRAL SIGLOXXI 2008.** sostiene que Las hemorragias son causa importante de morbimortalidad materna y perinatal especialmente en países en desarrollo la etiología es multifactorial, pero determinadas condiciones se asocian a mayor incidencia de esta complicación como son alteraciones endometriales o miometriales los que se dan en la edad madura, multiparidad , antecedente de cesárea, legrados uterino, miomas uterinos, y cuando hay aumento relativo de la masa placentaria como en los gemelares, tabaquismo y en casos de abruptio, también la hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membrana y traumas. Tratar a tiempo las complicaciones que puede traer la hemorragia y disminuir la mortalidad materna perinatal. Resultado: se presentan con una frecuencia entre 2 y 6 % y sus causas primarias son obstétricas el desprendimiento prematuro de la placenta y la placenta previa. Teniendo en cuenta que 2/3 de los casos no tienen factores de riesgo identificables, podemos afirmar que la hemorragia obstétrica podrá ocurrir a cualquier mujer en cualquier parto. Pero la misma patología proporciona desigualdad de oportunidades en cuanto a la mortalidad.

- IV. **Rosa maría arce herrera. Guía de práctica clínica 2009.** Menciona que el embarazo a edades más avanzadas y el aumento en la frecuencia de nacimientos por cesárea pueden incrementar la incidencia de patologías asociadas con hemorragia obstétrica. En los últimos años se han realizado diferentes estudios para mejorar la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de mujeres con riesgo o presencia de hemorragia obstétrica para disminuir la mortalidad materna y perinatal. En el PERU son la primera causa de mortalidad materna, solo precedidas por la preeclampsia- eclampsia. Conclusión: Toda paciente con sangrado vaginal secundario a placenta previa debe ser hospitalizada para reposo con monitorización de signos vitales y de la frecuencia cardíaca fetal en forma continua; vigilancia de la actividad uterina, del dolor y del sangrado vaginal.
- V. **Bachiller. Raquel Priscila Yépez Mosquera. Hemorragias de la segunda mitad del Embarazo 2013.** Menciona que las hemorragias uterinas son una de las complicaciones graves del embarazo, presentan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Observando en mis pasantías pre profesionales que un número significativo de mujeres gestantes ingresaban por emergencia con patologías hemorrágicas que corrían peligro sus vidas, decidí realizar esta investigación de las hemorragias uterinas de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de la solidaridad en la ciudad de lima. Objetivo: no dejar que esta patología siga siendo causa primaria de mortalidad materno perinatal en nuestro país resultado 5,9% (8 muertes) desprendimiento prematuro de placenta y (2,2% 3 muertes) placenta previa, 18 resultado de múltiples factores: biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos que inciden en ellas, pudiéndose presentar en cualquier momento de la gestación, en cualquier embarazo y cualquier edad de la paciente. Conclusión. Realizar la cesárea en las condiciones más seguras posibles, de

acuerdo a los recursos disponibles, aplicando los más simples y eficientes procedimientos minimizando el riesgo de hemorragia.

VI. **Carlos Pérez Aliaga. Hemorragias en la segunda mitad del embarazo 2010.** El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna. Objetivo evitar que el sangrado vaginal durante el embarazo comprometa la vida de la madre y el feto. En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) compromete entre 9 y 15% de todas las gestantes. Por otro lado, tanto el desprendimiento prematuro de la placenta (DPP) como la placenta previa pueden ser causantes de sangrado materno importante, a veces asociado a coagulación intravascular diseminada (CID) sobre todo los casos de DPP con óbito fetal, siendo necesarias con cierta frecuencia las transfusiones de hemoderivados. Incluso, el ginecoobstetra muchas veces debe tomar la decisión de realizar una histerectomía de emergencia. Y, pese a todos los esfuerzos realizados, nos encontramos con casos de muerte materna. Debemos tener en cuenta que la hemorragia en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto pre término, causa principal de morbimortalidad perinatal, además de que también se puede asociar a sufrimiento fetal agudo y a óbito fetal.

VII. **J.V.Alvares. Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo 2013.** Durante el embarazo cualquier hemorragia genital, por pequeña que sea Debe considerarse patológica. Objetivo valorar la cantidad de sangrado vaginal durante el embarazo y evitar su complicación. Metodología un tacto vaginal o por una exploración con espejulo, en una copiosa hemorragia que al margen del riesgo fetal obligue a enfatizar urgentemente la gestación. Resultado Inciden en un 5% de todos los embarazos Tras la semana 28.globalmente, un 80% de ellas tiene un origen en la placenta, un 10% en procesos benignos o malignos del cuello uterino, vagina o vulva (hemorragias de origen no

placentario) y en el 10% restante no llegara a aclarar su etiología. Conclusión Cabe enfatizar que una hemorragia inicialmente escasa y aparentemente no peligrosa puede transformarse en escasos minutos a la peor de las patologías para una gestante pudiendo conllevar hasta la muerte materna.

2.2. BASES TEÓRICAS

LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

Es la pérdida de sangre vía vaginal procedente del útero grávido, sea por anomalías placentarias o por lesiones del canal de parto y que ocurre a partir de las 22 semanas de gestación. Las dos entidades obstétricas principales que pueden ocasionar sangrado en las gestantes, son el desprendimiento de la placenta normo inserta y la placenta previa, pero también pueden ocurrir la rotura uterina, tumores benignos o malignos del tracto genital inferior, la vasa previa y la ruptura del seno marginal. Cada una de ellas se encuentran asociados a diversas situaciones o factores que condicionan la aparición del sangrado durante el embarazo.

PLACENTA PREVIA

a) Aspectos Generales

Consiste en la inserción total o parcial de la placenta en el segmento uterino inferior, por encima o muy cerca del orificio cervical interno. Si la placenta está insertada normalmente, no se suele producir desprendimiento durante el embarazo o el parto. Por el contrario, si una parte de la superficie placentaria está anormalmente implantada en el segmento uterino inferior, se puede producir el DPP al separarse del tejido que forma su base. La incidencia real de placenta previa (PP) en el parto varía con la población estudiada, los métodos diagnósticos y las definiciones utilizadas pero, en términos generales, es de 0,4% (1:250) a 0,6% (1:167) de todos los nacimientos. En nulíparas la incidencia es de 0,2%, en

las grandes multíparas la tasa puede llegar a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%.

La etiología de la PP se desconoce en la mayoría de los casos. Se han descrito algunos factores predisponentes y entidades clínicas relacionadas con esta patología que suelen incluir traumatismo previo del endometrio, del miometrio o de la vascularización uterina. Los factores etiológicos más comunes son los que se enumeran a continuación.

- 1.- Edad materna avanzada.
- 2.- Multiparidad.
- 3.- Gestaciones múltiples.
- 4.- Anemia.
- 5.- Embarazos muy seguidos.
- 6.- Cesárea reciente.
- 7.- Cicatrices uterinas.
- 8.- Aborto inducido previo.
- 9.- Tumores uterinos.
- 10.- Endometritis.
- 11.- Antecedente de Placenta previa.
- 12.- Añosidad.
- 13.- Hábitos de tabaquismo.
- 14.- Fetos masculinos.

Las malformaciones congénitas y las presentaciones anómalas se asocian con frecuencia a PP(placenta previa), aunque estas últimas son más bien la consecuencia y no la causa de la PP. La probabilidad de presentar una PP es cuatro veces mayor en las pacientes con antecedente de cesárea y el riesgo es mayor si el embarazo se produce inmediatamente después de otro en que se practicó una cesárea porque el segmento uterino no se desarrolla en forma apropiada y la placenta, en situación baja, no puede ascender por el tejido cicatricial. Por otra parte, la probabilidad de presentar una placenta ácreta es mayor en pacientes con antecedentes de cesárea y PP. El riesgo de placenta ácreta es de 5% asociado a PP y útero sin cicatriz uterina previa, 24% con PP y una cesárea anterior y 48% con 2 o más cesáreas anteriores. En estos casos aumenta considerablemente la posibilidad que se practique una cesárea-histerectomía.

b) Clasificación

Según la proximidad entre el disco placentario y el orificio cervical interno la PP se clasifica de la siguiente manera.

- **Centro Oclusiva Total:** cuando el orificio cervical interno está completamente cubierto por la placenta. La frecuencia aproximada es de 23% 31,3%.
- **Parcialmente oclusiva:** cuando el orificio cervical interno se halla cubierto parcialmente por la placenta. La frecuencia aproximada es de 20,6% 31,3%.
- **Marginal:** cuando el borde de la placenta está en el margen del orificio cervical interno. Conjuntamente con la placenta de inserción baja se observa en el 37% 54,9% de los casos.
- **Placenta de inserción baja:** cuando el borde de la placenta se encuentra a más de 3 cm y a menos de 10 cm del orificio cervical interno, pero con una posición lo suficientemente baja para ser palpada por el dedo del examinador.

c) Aspectos Diagnósticos:

El diagnóstico anteparto se realiza por medio de la búsqueda de factores de riesgo, síntoma clínico y mediante estudio ecosonográfico.

d) Manifestaciones Clínicas.

La hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida, roja, rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Típicamente ocurre durante el tercer trimestre de gestación, aunque se puede presentar tan temprano como a la semana 20. Por lo general, el 35% de las pacientes con PP presentan el primer episodio de hemorragia genital antes de la semana 30, 33% entre las semanas 30 y 35, y 32% después de la semana 36. El promedio de edad gestacional en el que aparece el primer episodio de hemorragia es de 29 semanas, no se suele asociar con mortalidad materna y se resuelve espontáneamente en pocas horas

En general, mientras más baja y completa sea la implantación de la placenta, mucho antes ocurrirá la hemorragia.

Existe una correlación entre el tipo de PP y el episodio inicial de sangrado: en las placentas previas centro oclusivas y parcialmente oclusivas, suele ocurrir en etapas tempranas del embarazo (semana 35 o menos), mientras que en las placentas marginales o de inserción baja, suele ocurrir después de la semana 36. La hemorragia que ocurre en etapas tardías y aun durante el trabajo de parto se debe a la separación de la placenta de los tejidos adyacentes al formarse el segmento uterino inferior o al iniciarse la dilatación del orificio cervical lo que produce sangrado de origen materno. Mientras más precoz sea el primer episodio de hemorragia, la evolución del embarazo será más tórpida. En los casos donde el sangrado comienza antes de la semana 28, aumentan tanto los episodios de hemorragia como la incidencia de partos pretérmino y es necesario transfundir mayor número de unidades de hemoderivados.

La inserción anómala de la placenta impide el encajamiento de la cabeza fetal, lo que se acompaña en el 15% al 30% de los casos de presentaciones fetales anormales e incluso se puede asociar con prolapso del cordón por inserción

anómala o rotura prematura de membranas. La frecuencia cardíaca fetal suele ser normal y el sufrimiento fetal no se produce hasta que la hemorragia es lo suficientemente grave como para causar choque hipovolémico en la madre, aunque si se produce alteración de las vellosidades coriales puede aumentar la morbimortalidad fetal. Cuando exista taquicardia fetal persistente, disminución de la variabilidad, ritmo sinusoidal o episodios severos de 252 bradicardias, se debe sospechar pérdida de sangre fetal. En algunos casos se suelen producir contracciones uterinas, asociadas con el episodio de sangrado que puede incrementar la tendencia a la hemorragia. La exploración vaginal está contraindicada en pacientes con sospecha de PP porque el diagnóstico a través de la exploración pélvica se puede hacer en menos de un tercio de los casos. Por otra parte, aunque se efectúe un examen con máxima precaución y suavidad, en 1 de cada 16 exploraciones se produce aumento de la hemorragia y en 1 de cada 25 exploraciones se desarrolla un choque hipovolémico. La exploración cuidadosa con espéculo no aumenta el riesgo de hemorragia y permite descartar el origen ginecológico del sangrado. Hasta hace pocos años la exploración con doble previsión se consideraba como la herramienta principal para el diagnóstico de PP. Para realizarla se debe confirmar previamente la madurez fetal, la paciente se traslada a quirófano y una vez listo el personal y el equipo necesario para realizar una cesárea de emergencia, se procede a la exploración vaginal para determinar la localización placentaria. Si como consecuencia del examen se produce hemorragia vaginal se realiza una cesárea de emergencia, si no se produce hemorragia o no se corrobora el diagnóstico de PP puede permitirse el parto vaginal.

e) Ultrasonido.

Constituye el procedimiento ideal para el diagnóstico de PP(placenta previa). La ecosonografía tiene una precisión diagnóstica superior a 95%; a pesar de presentar algunas dificultades técnicas en el caso de presentaciones cefálicas bajas, placentas posteriores y obesidad materna. Aproximadamente en el 8% de los estudios ecosonográficos realizados al comienzo del segundo trimestre se

evidencia que el cuello uterino está cubierto por la placenta; sin embargo, 95% de estos casos no culminarán en PP al término del embarazo. El fundamento de esta “migración” es la elongación del segmento uterino inferior desde una longitud de 0,5 cm a las 20 semanas, a más de 5 cm al término del embarazo, lo que produce el desplazamiento superior y aparente de la placenta en una distancia de 3 a 9 cm. El concepto de migración placentaria ha sido puesto en duda y se ha sugerido que la distorsión del cuello uterino por la vejiga sobre distendida es la causa de este fenómeno. Para llevar al mínimo los errores en el diagnóstico, es importante que todos los estudios en busca de PP se hagan en primero con la vejiga llena y después con este órgano vacío. La ultrasonografía transvaginal ha sido muy útil cuando, por razones técnicas, el estudio transabdominal es impreciso. Esta técnica tiene un valor predictivo positivo similar al de la técnica transabdominal, pero es más preciso en los casos de pacientes obesas y presentaciones muy encajadas. Tiene la desventaja de que puede ocasionar un sangrado importante, aunque con el uso de transductores de 5 a 6,5 MHz, se evita el contacto con el cuello uterino y se minimiza el riesgo de hemorragia.

Otra alternativa es la evaluación del útero y cérvix a través de la ultrasonografía transperineal, el examen se realiza con transductores convexos o sectoriales de 3,5 MHz ubicados directamente en el periné sobre los labios menores. Con esta técnica se visualiza en forma precisa el orificio cervical interno y el tejido placentario, con la ventaja de que no existe el peligro de desencadenar o empeorar la hemorragia genital. Además, esta técnica tiene un valor predictivo positivo de 90% y un valor predictivo negativo del 100% para el diagnóstico de PP.

f) Resonancia Magnética Nuclear.

Mediante esta técnica se ha logrado el diagnóstico de PP (placenta previa) en forma más precisa si se compara con la ecosonografía, incluso en casos de implantaciones bajas de placentas posteriores. Sin embargo, no es el método ideal para el diagnóstico por el costo y la poca disponibilidad del mismo.

g) Aspectos Terapéuticos

En el pasado, la resolución de los casos de PP (placenta previa) por vía vaginal se asociaba con tasas de mortalidad materna del 10% y tasas de mortalidad perinatal cercanas al 70%. En la actualidad, con el manejo expectante en casos bien seleccionados y el uso liberal de las cesáreas, se ha observado un descenso dramático de la mortalidad materna a valores menores de 1% y de la mortalidad perinatal hasta el 10%.

h) Medidas Generales.

El manejo de la PP (placenta previa) se basa en tres factores fundamentales: en primer lugar del estado hemodinámico de la madre, que depende de la intensidad y duración de la hemorragia; en segundo, del estado del feto y la edad gestacional y, por último, de la capacidad de la unidad de cuidados intensivos neonatales para manejar recién nacidos de alto riesgo.

Toda paciente con sangrado tardío del segundo o tercer trimestre debe ser inmediatamente evaluada en un ambiente hospitalario, tomar una vía periférica adecuada y realizar hematología y tipiaje. Si existe inestabilidad cardiovascular, está indicada la reposición de sangre o soluciones cristaloides. Simultáneamente se debe determinar el bienestar fetal con un monitoreo electrónico con lo que se puede establecer si hay contracciones uterinas y la intensidad de las mismas. Una vez estabilizada la condición de la madre y del feto se debe realizar una evaluación ecosonográfica para confirmar el diagnóstico de PP (placenta previa). Las medidas generales del manejo de la PP se resumen a continuación.

- 1.- Hospitalización.
- 2.- Reposo absoluto.
- 3.- Omitir exploración vaginal.
- 4.- Mantener una vía endovenosa permeable.
- 5.- Determinar gravedad de la hemorragia según el volumen de sangre perdida.
- 6.- Infusión intravenosa de soluciones cristaloides, en caso de inestabilidad hemodinámica.
- 7.- Transfusión de concentrado globular o sangre total, si las condiciones de la paciente lo requieren.

8.- Presión venosa central, en los casos de choque hipovolémico donde los signos vitales y la determinación de los valores de hemoglobina no son confiables, especialmente en presencia de oliguria.

9.- Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina.

10.- Laboratorio: hematología, tipiaje, urea, creatinina, glicemia, electrolitos y perfil de coagulación.

11.- Evaluación ecosonográfica.

i) Conducta Durante la Gestación.

Una vez confirmado el diagnóstico, se debe establecer si la paciente es candidata para el manejo expectante, con el objetivo de reducir la elevada morbimortalidad perinatal asociada con el parto pretérmino. Si el embarazo es menor de 34 semanas, se deben administrar inductores de madurez pulmonar y agentes tocolíticos porque la incidencia de parto pretérmino es mayor en embarazadas con PP. A pesar de que el tratamiento intrahospitalario produce mejores resultados perinatales que el extra hospitalario los costos son mucho mayores, por lo que se han establecido una serie de criterios para poder implementar un tratamiento ambulatorio.

1.- Pacientes ingresadas para observación que permanecen 72 horas sin presentar hemorragia.

2.- Hematocrito estable de 35% o mayor en controles seriados.

3.- Monitoreo fetal no estresante reactivo al momento del alta.

4.- Condiciones para el reposo en cama en el domicilio de la paciente.

5.- Conocimiento de la paciente y sus familiares de las complicaciones potenciales de la situación.

6.- Seguimiento semanal hasta el nacimiento, incluyendo determinaciones seriadas de hemoglobina y estudios ultrasonográficos regulares.

7.- Existencia de un servicio de ambulancias permanente, disponible telefónicamente las 24 horas del día para trasladar a la paciente del domicilio al hospital.

Entre las medidas que se deben de tomar en cuenta en las pacientes con tratamiento expectante, el reposo en cama es esencial, sólo se puede levantar para ir al baño cuando se mantenga asintomática por varios días. Debido al riesgo que supone cualquier manipulación vaginal, el coito, las duchas y los óvulos vaginales están contraindicados. Algunos autores han recomendado el cerclaje cervical en caso de PP porque limita el desarrollo del segmento uterino inferior, que se produce al avanzar la gestación, con lo que se disminuye la posibilidad de trabajo de parto pretérmino.

j) Conducta Durante el Parto.

El método ideal para culminar el manejo expectante de pacientes con PP es la cesárea electiva porque los recién nacidos tienen menor incidencia de anemia y dificultad respiratoria. Si se va a practicar una cesárea, hay que escoger con gran cuidado la incisión uterina, si la placenta se extiende en sentido anterior por arriba de la reflexión vesical o si el segmento uterino inferior no se ha formado adecuadamente, puede que sea necesaria una incisión vertical baja o clásica. La vía vaginal es adecuada en caso de PP marginales o de inserción baja con óbito fetal intrauterino, malformación fetal mayor, feto pretérmino o trabajo de parto avanzado con encajamiento de la cabeza fetal.

k) Complicaciones

Entre las complicaciones más temidas se encuentra la placenta ácreta, que se asocia con PP (placenta previa) del 5% al 15% de los casos y se debe a la poca resistencia a la invasión trofoblástica que ofrece la delgada decidua del segmento uterino inferior. La incidencia puede llegar a 65% en pacientes con múltiples cesáreas anteriores.

La principal causa de mortalidad perinatal por PP es la prematuridad, que ocurre en aproximadamente 30% de los casos y aumenta mientras más temprano ocurra el primer episodio de sangrado. Las presentaciones fetales anormales se presentan en 30% de los casos de PP y cuando la presentación es cefálica, existe una incidencia de 15% de variedades occípito posteriores o transversas. No

existen malformaciones congénitas específicas asociadas a PP, no obstante, el riesgo de anomalías es dos a cuatro veces mayor en las pacientes con PP. La PP es un factor de riesgo fundamental para la presencia de hemorragia feto-materna. lo que conlleva a una mayor probabilidad de anemia fetal e isoinmunización Rh. La restricción del crecimiento intrauterino se puede asociar con PP del 3% al 19% de los casos.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

a) Aspectos Generales

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) o abruptio placentae, consiste en la separación de la placenta de su zona de inserción, de manera total o parcial, después de la semana 20 de gestación y antes del nacimiento, siempre que la inserción placentaria sea normal. Al desprenderse la placenta se produce una hemorragia en el interior de la decidua basal que lleva a la formación de un hematoma que separa la placenta del sistema vascular materno, lo cual impide la correcta oxigenación y nutrición del feto. La frecuencia de DPP es de 0,52% a 1,29%, con tasas de mortalidad perinatal entre 15% y 35% que dependen de la rapidez del diagnóstico y la instauración del tratamiento. Generalmente, aparece en la segunda mitad de la gestación, a partir de la semana 28, y en el transcurso del parto, sobre todo en el período expulsivo. Las historia previa de DPP es importante porque ocurre entre el 5% y el 9,3% de los casos de embarazos con DPP anterior y en el 25% de los casos después de 2 embarazos consecutivos con DPP (Arias, 1994). Se desconoce la causa primaria del DPP; sin embargo, se han sugerido numerosos factores que pueden desempeñar un papel importante. En la actualidad se piensa que el DPP no es un accidente en el embarazo sino la expresión de una enfermedad vascular materna subyacente debido a que hay evidencias de una relación materno-fetal patológica crónica como lo es la restricción del crecimiento intrauterino y la hipertensión inducida por el embarazo. Los diferentes cuadros etiológicos asociados a DPP se enumeran a continuación.

1.- Hipertensión crónica e inducida por el embarazo.

- 2.- Restricción del crecimiento intrauterino severo.
- 3.- Ruptura prematura de membranas mayor de 24h.
- 4.- Corioamnionitis.
- 5.- Edad materna mayor o igual a 35 años.
- 6.- Hábitos de tabaquismo y consumo de cocaína.
- 7.- Traumatismos externos.
- 8.- Antecedente de DPP (desprendimiento prematuro de placenta)
- 9.- Fetos masculinos.
- 10.- Multiparidad.
- 11.- Deficiencias alimentarias (especialmente folatos).
- 12.- Descompresión aguda del polihidramnios y gestación múltiple.
- 13.- Cordón umbilical corto.

b) Clasificación

Se han propuesto varias clasificaciones, pero las más utilizadas son la de Page (1954) y la de Sher (1978). La primera se divide en 4 grupos de acuerdo con la presentación clínica y severidad.

- **Grado 0:** el diagnóstico de DPP se hace en forma retrospectiva.
- **Grado 1:** incluye sólo a las pacientes con hemorragia genital.
- **Grado2:** pacientes con sangrado genital, hemorragia oculta, hipersensibilidad uterina y sufrimiento fetal.
- **Grado3:** pacientes con sangrado genital, hemorragia oculta, hipersensibilidad uterina, muerte fetal y algunas veces coagulopatía.

La clasificación de Sher correlaciona el incremento de la morbilidad materna con el incremento en el grado de DPP (desprendimiento prematuro de placenta).

- **Grado I (leve):** corresponde a los casos donde el diagnóstico se realiza de manera retrospectiva. Estas pacientes suelen presentar hematomas retroplacentarios de aproximadamente 150 ml, que en ninguno de los casos supera los 500 ml de volumen. Esto no supone riesgo alguno para el feto.

- **Grado II (moderado):** Es aquel donde la hemorragia anteparto va acompañada de los clásicos signos de DPP y el feto está vivo. El volumen de hematoma oscila entre 150- 500 ml, superando en el 27% de los casos los 500 ml. El 92% de estas pacientes presentan alteraciones del patrón de frecuencia cardíaca fetal y la mortalidad perinatal es elevada, sobre todo si el parto es vaginal.
- **Grado III (severo):** se presentan las mismas circunstancias del grado II, pero, además, se confirma muerte fetal. Puede subdividirse en 2 categorías, dependiendo de la presencia o ausencia de coagulopatía.

c) Aspectos Diagnósticos

El diagnóstico de DPP (desprendimiento prematuro de placenta).

se basa en los factores etiológicos, cuadro clínico, hallazgos ecográficos y pruebas de laboratorio.

d) Manifestaciones Clínicas.

Los signos y síntomas del DPP (desprendimiento prematuro de placenta) pueden variar considerablemente. La hemorragia externa puede ser profusa pero el desprendimiento quizás no sea tan extenso como para poner en peligro la vida del feto o, tal vez, no salga sangre al exterior pero la placenta esté totalmente desprendida y el feto muerto. Esto ocurre cuando el punto inicial de separación está en el centro del sitio de implantación.

El DPP con hemorragia oculta lleva a mayores problemas en la embarazada, no sólo por la mayor posibilidad de coagulopatía de consumo, sino porque no se advierte fácilmente la magnitud de la hemorragia y, en consecuencia, la reposición sanguínea puede ser tardía. El tipo de hemorragia en cualquiera de los casos es de color oscuro y no coagula y la magnitud no es reflejo de la severidad del caso ni guía para la reposición de sangre. Las contracciones uterinas están presentes en la mayoría de los casos, aunque puede ser difícil apreciarlas. En DPP moderados y leves las contracciones pueden tener una de frecuencia, duración,

intensidad y tono normal, pero en DPP graves o severos el útero generalmente está hipertónico con aumento de la frecuencia. La hipersensibilidad se refiere a la presencia de dolor a la palpación uterina e incluso lumbalgia, cuando existe una localización de la placenta en la pared posterior. Esta sensibilidad puede ser generalizada o localizada en el sitio de desprendimiento. El sufrimiento fetal se demuestra por la presencia de desaceleraciones tardías de la frecuencia cardíaca fetal o por bradicardia persistente debido a: insuficiencia útero-placentaria, disminución del riego uterino por hipovolemia, hipertoniá uterina con compresión de los vasos sanguíneos miométriales y, en raras ocasiones, por hemorragia fetal.

e) Ultrasonido.

Los hallazgos ecográficos de DPP (desprendimiento prematuro de placenta) dependen de la localización y el tamaño del hematoma y del intervalo desde la hemorragia aguda. Una hemorragia aguda se ve como un área hiperecogénica e isoecogénica, con relación a la placenta, que se hace ecolúcida en 2 semanas si no se repite el sangrado. Sin embargo, a menudo los hematomas retroplacentarios agudos pueden ser difíciles de reconocer porque disecan la placenta o el miométrio y son similares en ecogenicidad a la placenta. En estos casos, el ultrasonido puede demostrar solamente la placenta engrosada de aspecto heterogéneo, así como hallazgos inespecíficos de márgenes placentarios redondeados y ecolucidez intraplacentaria. El diagnóstico clínico de DPP se puede confirmar mediante ecografía en aproximadamente el 25% de las pacientes por lo que la utilidad del estudio ecográfico consiste en evaluar la localización placentaria, espacio retroplacentario, vitalidad fetal y descartar la presencia de PP.

f) Laboratorio.

Los exámenes de laboratorio se correlacionan con la clínica y, luego de instaurado el tratamiento, permiten constatar la mejoría o el deterioro. Las pruebas necesarias para un adecuado manejo son: hemoglobina, hematocrito, pruebas de

coagulación como fibrinógeno, tiempo de coagulación, tiempo de tromboplastina, tiempo parcial de tromboplastina y plaquetas y pruebas de funcionamiento renal como urea y creatinina.

g) Aspectos Terapéuticos.

El manejo del DPP (desprendimiento prematuro de placenta) con feto vivo o muerto, se basa en mantener el bienestar materno. Si existe hemorragia severa e inestabilidad hemodinámica se deben administrar hemoderivados y soluciones cristaloides e interrumpir el embarazo para cohibir el sangrado. Si la pérdida hemática es leve y no existe deterioro materno se toma en cuenta el estado del feto. Si está vivo y no hay signos de sufrimiento fetal se puede tomar una conducta expectante con observación, evaluación del bienestar fetal y preparación para una cesárea inmediata. Esta conducta suele rendir grandes beneficios si el feto es pretérmino.

La comprobación de la viabilidad fetal en el DPP es de particular importancia porque proporciona un índice de la gravedad. Cuando se produce la muerte fetal, el DPP suele ser mayor del 50% y el 30% de las pacientes desarrollan coagulación intravascular diseminada (CID), con disminución de los niveles de fibrinógeno por debajo de 150 mg/dl y alteración de otros factores de la coagulación.

Las pacientes con DPP grave pierden abundante cantidad de sangre y requieren medidas agresivas para evitar el deterioro progresivo de la perfusión. Se debe realizar una primera transfusión con 2 unidades de concentrado globular, así la tensión arterial sea normal o los valores de hemoglobina y hematocrito no estén alterados porque puede tratarse de una paciente hipertensa o con una intensa vasoconstricción reactiva. Simultáneamente se debe expandir el volumen intravascular empleando solución salina isotónica o solución de Ringer lactato. Se debe realizar una valoración de la coagulación por cada 4 unidades de concentrado globular que se transfundan y administrar una unidad de plasma fresco congelado por cada 4 unidades de concentrado globular transfundidas.

Las transfusiones de plaquetas sólo se realizan si el recuento plaquetario es menor de 40 000/cc. Esta administración de sangre y soluciones cristaloides es necesaria para mantener un hematocrito mayor de 30% que garantice a la paciente una suficiente capacidad de transporte de oxígeno y una eliminación urinaria mayor de 30 cc/h para mantener el volumen intravascular. De esta manera se evita la necrosis tubular aguda o cortical bilateral, principales causas de muerte en las pacientes con DPP grave. Las pacientes con concentraciones de fibrinógeno menor de 100 mg/dl se pueden beneficiar con la administración de 10 a 20 unidades de crio precipitados.

El parto vaginal es la vía de elección en las pacientes con feto muerto, excepto en los casos de presentaciones anómalas o desproporción feto-pélvica en las que se debe practicar una cesárea. Lo ideal es practicar la amniotomía y colocar un catéter intrauterino de presión. La infusión de oxitocina debe realizarse independientemente de la edad y paridad materna, a menos que la paciente se encuentre en período expulsivo. Si el cuello está inmaduro se puede utilizar la administración de gel intravaginal de PgE2 o bien dosis de oxitocina de entre 50 y 100 mU/min si el feto está muerto. No existe límite de tiempo para inducir el parto vaginal en las pacientes con DPP y muerte fetal, si la paciente se mantiene en condiciones estables, el tiempo de inducción se puede prolongar sin riesgo hasta 24 horas. Si el feto está vivo y existen signos de hipersensibilidad e hipertonia uterina el desprendimiento posiblemente sea extenso y puede producirse sufrimiento fetal por lo que se debe practicar una cesárea, previa evaluación del perfil hemostático o corrección de los defectos de coagulación mediante la administración de plasma y crioprecipitados. Cuando el útero se encuentra relajado y existen datos clínicos de DPP leve o moderado, hay que inducir el parto con oxitocina y monitorización electrónica del feto. Si el útero se vuelve hipertónico durante el parto o aparece sufrimiento fetal, habrá que realizar una cesárea. En los casos de feto pre término y DPP leve se puede seguir una conducta expectante con vigilancia estrecha y administración de inductores de maduración pulmonar.

h) Complicaciones

Casi todas las complicaciones maternas del DPP (desprendimiento prematuro de placenta) se producen como consecuencia de la hipovolemia. Una de ellas es la insuficiencia renal (IR) que se produce cuando la hipovolemia es severa y se trata de forma tardía o incompleta. La IR por necrosis cortical aparece en casos mortales, es más precoz y lleva a la muerte por uremia en 1 o 2 semanas, a menos que se inicie diálisis constante. La necrosis tubular aguda es más común, aparece más tardíamente y es reversible en la mayoría de los casos. La causa exacta de IR no está bien establecida, pero se cree que se produce por la disminución de la perfusión renal a causa de disminución del gasto cardíaco y por espasmos de vasos intrarrenales como consecuencia de hemorragia masiva. La prevención consiste en la administración rápida de sangre y soluciones cristaloides. La coagulopatía de consumo se produce por una liberación masiva de tromboplastina a la circulación que induce la formación intravascular de fibrina, el agotamiento de los factores de coagulación y la consiguiente activación del sistema fibrinolítico. El sistema hemostático se evalúa mediante el estudio de los niveles de fibrinógeno, tiempo de tromboplastina parcial, tiempo de protrombina, concentración de dímeros D, recuento plaquetario y niveles de productos de la degradación de la fibrina. Estas pruebas son muy útiles para evaluar y controlar la CID. El parto vaginal se puede realizar en presencia de concentraciones extremadamente bajas de factores de la coagulación; sin embargo, es más seguro reponer estos factores particularmente las plaquetas y el fibrinógeno. Después del parto, la coagulopatía se resuelve en unas horas con la reposición adecuada de sangre y manteniendo el volumen intravascular. Ante la presencia de CID, se debe evitar en lo posible cualquier intervención quirúrgica. Como consecuencia de un DPP se puede producir el llamado útero de Couvelaire, que consiste en la extravasación de sangre dentro del miometrio y debajo de la serosa del útero que ocasiona atonía uterina en el puerperio inmediato. También puede haber extravasación sanguínea al nivel de las trompas y ligamentos anchos.

La embolia del líquido amniótico, que tiene una mayor incidencia cuando se produce el DPP, es otra de las complicaciones catastróficas e imprevisibles. Es importante recordar que las madres Rh negativo con DPP, pueden tener una

transfusión feto-materna masiva y requerir dosis mayores de inmunoglobulina anti-Rh para evitar la isoimmunización. Con respecto al feto, la mayoría de las complicaciones son consecuencia de la prematuridad y de la hipoxia. Los desprendimientos subagudos asociados con infartos placentarios también pueden provocar hipoxia fetal crónica y restricción del crecimiento intrauterino.

ROTURA UTERINA

a) Aspectos generales

Es la solución de continuidad de la pared uterina que ocurre durante el embarazo, una vez que el feto ha alcanzado su viabilidad y que pone en peligro la vida de la madre, del producto o la de ambos. La incidencia de la rotura uterina (RU) es de 0,02% a 0,08%. Para obtener resultados favorables se debe hacer el diagnóstico temprano, laparotomía exploradora inmediata y reposición adecuada de hemoderivados y soluciones cristaloides.

Los factores que intervienen en la rotura uterina son heterogéneos y las causas más frecuentes se señalan a continuación.

- 1.- Cesárea o histerotomía previa.
- 2.- Presión excesiva sobre fondo uterino (**maniobra de Kristeller**).
- 3.- Legrados uterinos a repetición.
- 4.- Fórceps e intervenciones destructoras.
- 5.- Uso inapropiado de oxitócicos.
- 6.- Gran multiparidad.
- 7.- Anomalías uterinas.
- 8.- Acretismo placentario y DPP.
- 9.- Mola invasora y carcinoma cervical.
- 10.- Fetales: macrosomía, malformaciones.

Uno de los factores etiológicos más importantes es el antecedente de cesárea anterior que aumenta 8 veces la posibilidad de rotura uterina, en comparación con las pacientes sin cicatrices uterinas. El riesgo depende del tipo de incisión en el útero, cuando es corporal longitudinal es 10 veces más frecuente que cuando la incisión es transversal. El uso y duración de la oxitocina no intervienen en la

frecuencia de la rotura, siempre y cuando se vigile su administración. Esta entidad guarda más relación con la duración del trabajo de parto que con el empleo de la propia oxitocina.

En las grandes multíparas existe una disminución de la resistencia que la hace más vulnerable a desgarros o rotura que en las mujeres nulíparas. Las maniobras obstétricas traumáticas son responsables de 13% al 17% de las roturas uterinas y la mayoría se relacionan con partos instrumentales y colocación de fórceps medios. También se ha señalado que la manipulación uterina en los casos de versión externa o gran extracción podálica produce 4% a 6% de las roturas.

b) Clasificación

La rotura uterina se puede clasificar de acuerdo a su extensión, su forma de presentación y antecedente obstétrico.

Según su extensión se pueden clasificar en:

- **Rotura completa:** cuando la lesión abarca todo el espesor de la pared uterina e involucra al peritoneo visceral.
- **Rotura incompleta:** cuando la lesión se extiende sólo al músculo uterino quedando el peritoneo intacto.

Según la forma de presentación se puede clasificar en:

- **Rotura espontánea:** surge con útero indemne por distensión sostenida del segmento inferior, entre estas causas tenemos: pelvis estrecha, hidrocefalia, situación transversa y tumores pelvianos.
- **Rotura traumática:** se origina por efecto de una violencia externa o por procedimientos obstétricos tales como versiones internas y gran extracción podálica, colocación de fórceps medio, **maniobra de Kristeller** y extracción manual de la placenta.

Según el antecedente obstétrico se puede clasificar en:

- **Con antecedente de cicatriz uterina:** se presenta luego de cesárea, miomectomía y correcciones de malformaciones uterinas.
- **Sin antecedente de cicatriz uterina:** la rotura ocurre en anomalías placentarias como placenta ácreta y mola invasora.

c) Aspectos diagnósticos

La RU va precedida por signos y síntomas que hacen pensar que en poco tiempo va a ocurrir. El más común es el sufrimiento fetal en el trabajo de parto y le siguen en orden de frecuencia: dolor abdominal, hemorragia vaginal, falta de descenso de la presentación, hipertonia uterina y alteración del contorno uterino.

El dolor se inicia a nivel del segmento uterino y se caracteriza porque persiste entre contracciones, se acentúa con la palpación y, en ocasiones, se acompaña de los signos de **Bandl** y de **Frommel**. La coexistencia de ambos signos se conoce como **síndrome de Bandl-Frommel** y asociados con sufrimiento fetal agudo conforman el cuadro clínico de inminencia de rotura uterina. El diagnóstico definitivo de rotura uterina se establece por medio de la visión directa durante el acto operatorio o con la revisión manual de la cavidad uterina. Las roturas uterinas de la pared posterior no son infrecuentes y, en muchas ocasiones, son difíciles de diagnosticar si el examinador es inexperto.

d) Aspectos terapéuticos

Si se sospecha de RU (rotura uterina) se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. La histerorrafia se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad, se encuentren hemodinámicamente estables al momento de la laparotomía y donde la reparación sea técnicamente factible. Se ha señalado una tasa de rotura uterina recurrente de 4% a 10% en pacientes con histerorrafia previa, por lo que se recomienda la cesárea electiva tan pronto se confirme madurez fetal. La histerectomía se recomienda en pacientes arias, que hayan completado el número deseado de hijos, cuando la rotura es muy amplia y anfractuosa o cuando se comprometa el futuro obstétrico.

e) Pronóstico

La rotura uterina se acompaña de un incremento notable en el índice de complicaciones y muerte materna. El diagnóstico precoz, la intervención rápida, la

disponibilidad de sangre y la antibioticoterapia han mejorado de manera considerable el pronóstico materno. El pronóstico fetal es malo porque en las etapas previas a la rotura uterina el feto puede fallecer por el síndrome de hiperdinamia y en los casos de rotura completa la muerte fetal es casi segura.

OTRAS CAUSAS

Una vez descartadas la PP, el DPP y la rotura uterina como la causa de las hemorragias del tercer trimestre se debe establecer la posibilidad de rotura de vasa previa o rotura del seno marginal.

ROTURA DE VASA PREVIA

Constituye una anomalía en la que los vasos umbilicales tienen una inserción velamentosa y atraviesan las membranas ovulares en el segmento uterino inferior, por delante de la presentación fetal. Esta patología tiene una incidencia de 1/2000 - 3000 partos y se observa con mayor frecuencia en embarazos gemelares. Inserción velamentosa del cordón que puede condicionar una vasa previa.

El sangrado genital generalmente ocurre cuando se produce la ruptura espontánea de membranas por la ceración de los vasos umbilicales. La hemorragia es de origen fetal por lo que puede haber sufrimiento y muerte fetal. Aunque no se presente ruptura de los vasos puede ocurrir hipoxia, cuando la parte fetal que se presenta comprime los vasos contra la pelvis materna. La vasa previa con sangrado vaginal se asocia con mortalidad fetal entre 75% y 100% de los casos y la muerte fetal secundaria a compresión del cordón se encuentra entre el 50% y el 60%.

El diagnóstico generalmente se realiza postparto al revisar los anexos de un feto muerto o gravemente comprometido. En los pocos casos de sobrevivencia fetal, el diagnóstico clínico se sospecha cuando existe sangrado genital y alteración de la FCF después de la rotura de las membranas, con placenta de inserción normal o cuando por tacto vaginal se palpa un vaso pulsátil.

ROTURA DEL SENO MARGINAL

Es otra de las causas de hemorragias del tercer trimestre y el síntoma principal es la hemorragia vaginal de moderada intensidad, de sangre roja sin coágulos que ocurre durante el reposo o el sueño y que se puede detener en forma espontánea al formarse el coágulo que obtura el desgarró. En algunos casos el episodio se puede repetir con sangrado más abundante. La revisión posterior de la placenta muestra antiguos coágulos adheridos al borde placentario, pero puede suceder que no se encuentre ninguna explicación para la hemorragia ante parto.

El seno marginal se puede romper durante el embarazo y, con mayor frecuencia, durante el parto. El mecanismo se relaciona a un exceso de tensión vascular por estancamiento del aparato venoso uterino y a una degeneración prematura de la placa decidual, que al menor estiramiento de las membranas ovulares ocasiona la rotura del seno marginal. Generalmente no se afecta el estado materno por lo que el tratamiento es expectante y se basa en reposo absoluto y mantenimiento del estado general de la paciente. En el momento del parto se realiza amniorrexis y transfusión de hemoderivados en caso de ser necesario.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

ENDOMETRITIS

Inflamación del endometrio generalmente de origen bacteriano y especialmente frecuente después de un aborto provocado.

PLACENTA ACRETA, INCRETA Y PERCRETA

Implantación placentaria en que hay adherencia anormalmente fija a la pared uterina.

Ácreta: se adhiere al miométrio

Increta: penetra al miométrio

Percreta: atraviesa el miométrio.

ECOSONOGRAFIA

La ecosonografía o ultrasonografía consiste en un método de apoyo para el diagnóstico de enfermedades a través de la imagenología, es decir, de una

imagen que permite visualizar las estructuras abdominales y partes blandas u órganos huecos del organismo: testículos, próstata, cuello, estructuras musculares

PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL

El prolapso del cordón umbilical es una complicación que ocurre antes o durante el parto del bebé. En un prolapso, el cordón umbilical cae (se prolapsa) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé. El cordón puede luego quedar atrapado contra el cuerpo del bebé durante el parto. El prolapso del cordón umbilical ocurre en aproximadamente uno de cada 300 nacimientos

ULTRASONIDO

El ultrasonido es seguro y no doloroso, y produce imágenes del interior del organismo usando ondas de sonido. Las imágenes por ultrasonido, también denominadas exploración por ultrasonido o ecografía, involucran el uso de un pequeño transductor (sonda) y un gel para ultrasonido para la exposición del cuerpo a ondas acústicas de alta frecuencia.

LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN)

Es un fenómeno físico basado en las propiedades mecánico-cuánticas de los núcleos atómicos. RMN también se refiere a la familia de métodos científicos que explotan este fenómeno para estudiar moléculas (espectroscopia de RMN), macromoléculas (RMN biomolecular), así como tejidos y organismos completos.

LA RESONANCIA MAGNETICA

Es un examen imagenológico que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo. No se emplea radiación (rayos X).

HEMATOLOGÍA

Parte de la medicina que estudia los elementos inmunológicos de la sangre y las enfermedades que se manifiestan por la alteración de estos elementos; trata también de los órganos que producen la sangre.

TIPAJE SANGUÍNEO

El tipaje sanguíneo se utiliza para determinar el grupo sanguíneo de una persona y el tipo de sangre o componentes sanguíneos que puede recibir con seguridad.

CORIOAMNIONITIS

La corioamnionitis es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

COAGULOPATIA

Es cuando la sangre no coagula correctamente. Puede haber mucha pérdida de sangre, o hemorragia que puede durar mucho tiempo. Los problemas de hemorragia pueden ser de leves a graves.

ECOGENICIDAD

Propiedad de generar la reflexión de las ondas ultrasónicas. || Intensidad del brillo de una imagen obtenida en ecografía, relacionada con la capacidad de reflexión que presentan los tejidos.

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)

Es un trastorno grave en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre se vuelven demasiado activas.

SIGNO DE BANDL Y FOMMEL

Engrosamiento en forma anular del útero durante el parto encima del edificio interno que señala el límite inferior de la porción contráctil del órgano. También llamado anillo de contracción o anillo de lusk.

Amenaza de rotura uterina: Corresponde clínicamente al Síndrome de Bandl-Frommel-Pinard, integrado por: *Signo de Bandl: palpación de la contractura y ascenso del anillo de Bandl por distensión del segmento inferior. *Signo de Frommel: palpación lateral de los ligamentos redondos por estiramiento de los mismos.

LAPAROTOMÍA

Intervención quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales.

ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA

Este examen de laboratorio mide los niveles de diferentes tipos de la proteína transportadora de oxígeno (hemoglobina) en la sangre.

CAPITULO III

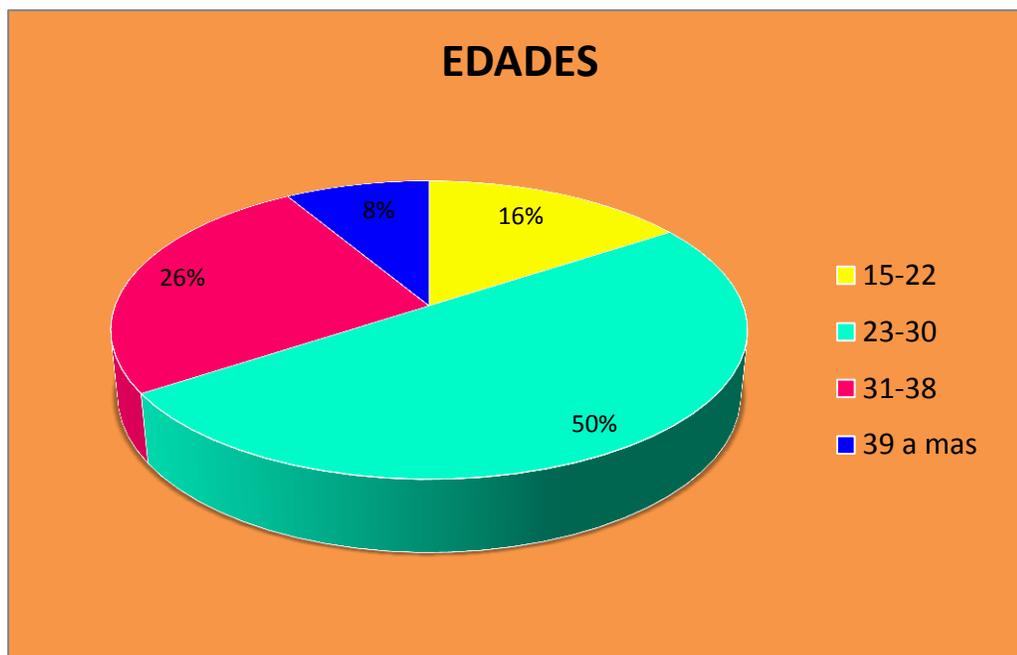
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN

A continuación se describe el presente capítulo, que consta de cuadros gráficos que representan porcentualmente los resultados de las encuestas realizadas, para ello se hizo uso del programa Excel que sirvió de mucha ayuda, asimismo en la parte inferior está descrita la apreciación con la finalidad de entender mejor los cuadros gráficos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Gráfica 01: Representación porcentual, acerca de las edades de madres gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.

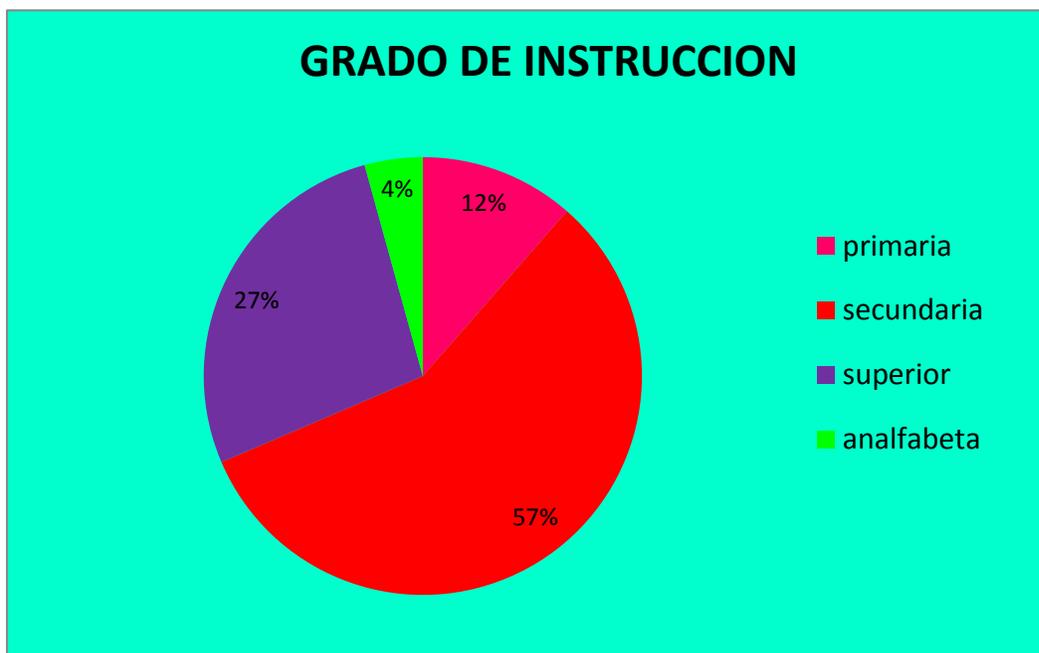


FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que el mayor porcentaje de gestantes con un 50% corresponden a edades de 23-30 años de edad. Sin embargo el menor porcentaje corresponde a gestantes que se encuentran entre los 39 años a más con un 8%, entonces podemos decir que estas madres tienen mayor riesgo de padecer complicaciones de cualquier causa en su embarazo además de la edad que presentan, 16% de las gestantes están entre las edades de 15-22 años de edad mientras que el 26% corresponde a madres de 31-38 años de edad.

Gráfica 02: Representación porcentual, acerca del grado de instrucción de las madres gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.

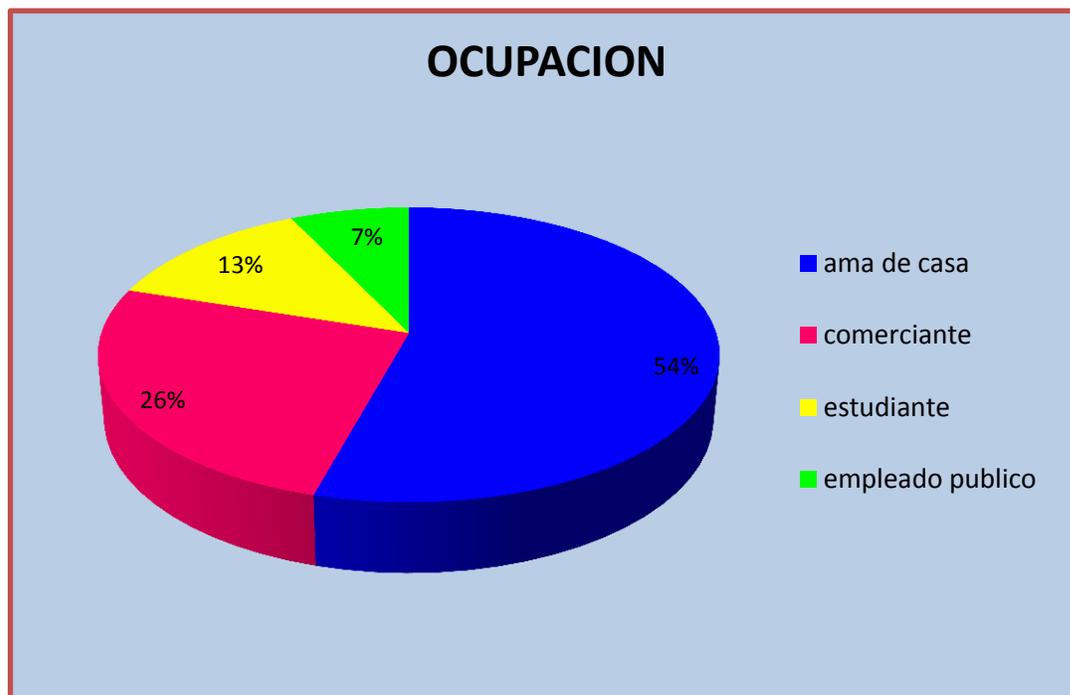


FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que el mayor porcentaje de las madres gestantes han concluido sus estudios secundarios con un 57%. Sin embargo el menor porcentaje con un 4% corresponde a madres gestantes que no tuvieron estudios de ningún grado. Mientras que el 12% tuvieron estudios primarios completos y el 27% son gestantes que culminaron sus estudios universitarios.

Gráfica 03: Representación porcentual según la ocupación que presentan las gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.

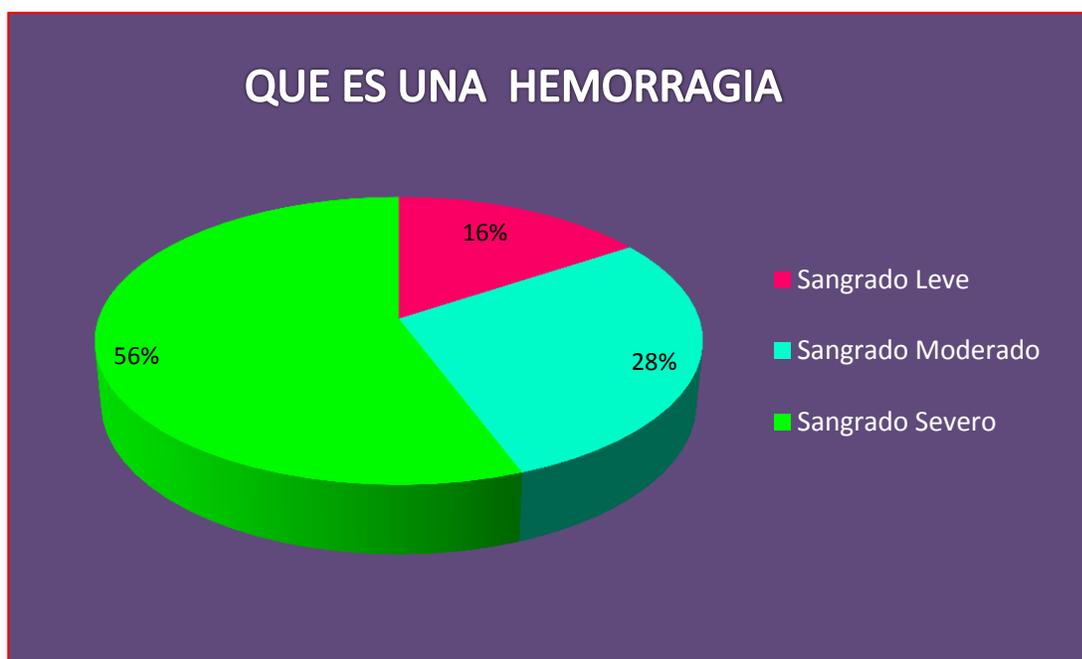


FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que el mayor porcentaje de gestantes con un 54% son amas de casa, Mientras que el 7% de ellas son empleadas públicas, Por otro lado 13% de las gestantes aún son estudiantes. Mientras el 26% de gestantes trabajan como comerciantes, Aquellas gestantes que trabajan están más propensas a tener alguna complicación durante su embarazo, Ya que todas las gestantes se consideran de alto riesgo obstétrico.

Gráfica 04: Representación porcentual, acerca de. Qué es una hemorragia para las gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.

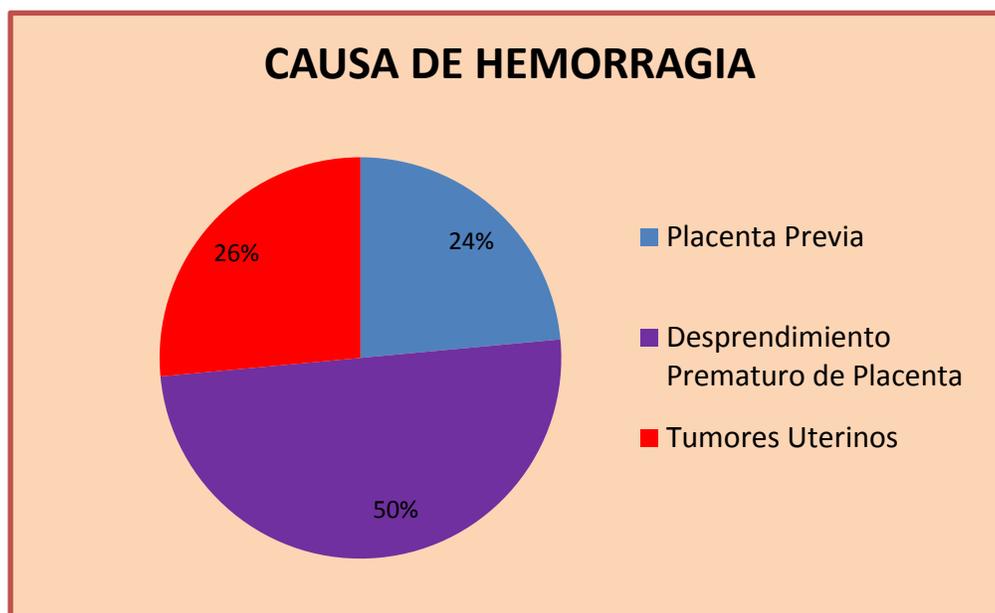


FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que el mayor porcentaje corresponde a las madres gestantes quienes mencionan con un 56% que una hemorragia se trata de un sangrado severo. Sin embargo existe un 16% de madres gestantes quienes mencionan que una hemorragia se trata de un sangrado leve. Esto hace suponer que falta más información acerca de este tema en cada control prenatal.

Gráfica 05: Representación porcentual, de. Cuál es la causa de hemorragia en la segunda mitad del embarazo. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.



FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que con mayor porcentaje de 50% las gestantes mencionan que la hemorragia se debe a desprendimiento prematuro de placenta. Mientras que el 24% menciona que se debe a placenta previa y 26% de gestantes creen que se debe a tumores uterinos. Posiblemente esto se debe a que aquellas gestantes necesitan mayor información acerca de este tema en los controles prenatales, en las charlas y la concientización durante las visitas domiciliarias.

Gráfica 06: Representación porcentual. Conoce las causas que provoca la hemorragia en el feto. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.

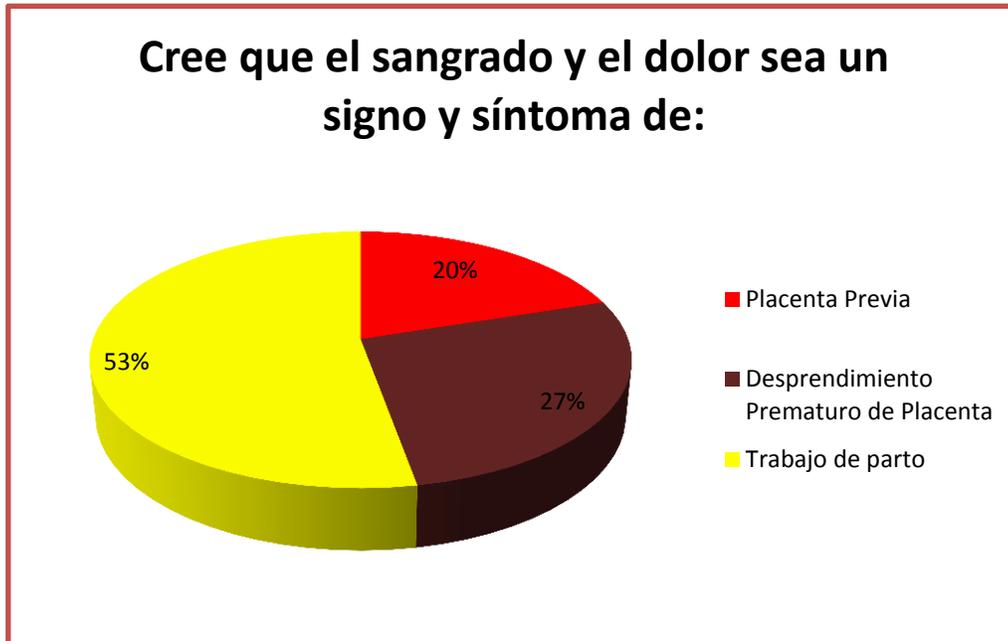


FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que el mayor porcentaje corresponde a las madres que no saben que causas puede provocar la hemorragia en el feto con un 62%, esto es preocupante ya que ante la aparición de esta complicación aumenta la incidencia de mortalidad perinatal, se debe dar mayor atención a estas pacientes durante los controles prenatales e informar más acerca de este tema y su causas que puede tener en el feto. Mientras que el 38% de ellas si saben que causas puede tener el feto

Gráfica 07: Representación porcentual, acerca de. El sangrado y dolor son un signo y síntoma de las hemorragias. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.



FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que el mayor porcentaje de gestantes mencionan que el sangrado y el dolor son un signo y síntoma de un trabajo de parto en un 53%.esto es preocupante ya que las gestantes confunden estas patologías con un inicio de trabajo de parto, mientras un 20% de ellas mencionan que se debe a placenta previa y 27% a desprendimiento prematuro de placenta.

Gráfica 08: Representación porcentual. Conoce los signos de alarma del embarazo. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agosto-dic) 2015.



FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que en mayor porcentaje las gestantes si saben los signos de alarma del embarazo en un 96%.mientras 4% de ellas no saben acerca de estos signos de alarma. Posiblemente esto se debe a que estas gestantes no asisten adecuada y oportunamente a sus controles prenatales.es muy importante que todas las gestantes sepan de estas señales ya que ellas son las únicas que se darán cuenta sobre los cambios que ocurren durante su embarazo.

Gráfica 09: Representación porcentual, acerca de. Tuvo antecedente de sangrado en embarazo anterior. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.



FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que el mayor porcentaje de gestantes no tuvieron sangrado vaginal en sus anteriores gestaciones en un 51%.mientras que el 49% de ellas menciona que sí tuvieron sangrado en su anterior embarazo. Aquellas gestantes que tiene antecedente de sangrado tienen posibilidad de presentar sangrado durante su embarazo actual.

Gráfica 10: Representación porcentual, acerca de. Cuál es consecuencia de la hemorragia en el embarazo. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.



FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que en mayor porcentaje de gestantes con un 54% indican que la consecuencia de la hemorragia es la anemia. Mientras que en un 46% de gestantes mencionan como consecuencia el shock hipovolémico. Esto hace suponer que las pacientes necesitan mayor información acerca de las consecuencias de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo.

Gráfica 11: Representación porcentual, acerca de. Que consecuencia trae la hemorragia en el feto. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.



FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven.

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que en mayor porcentaje las gestantes mencionan que la consecuencia de la hemorragia en el feto es la prematuridad con un 43%.mientras que el 26% de gestantes indican que es el retardo de crecimiento intrauterino. Y con un 31% la anemia.

Gráfica 12: Representación porcentual, acerca de. La complicación de la hemorragia puede llevar a la muerte materna. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.

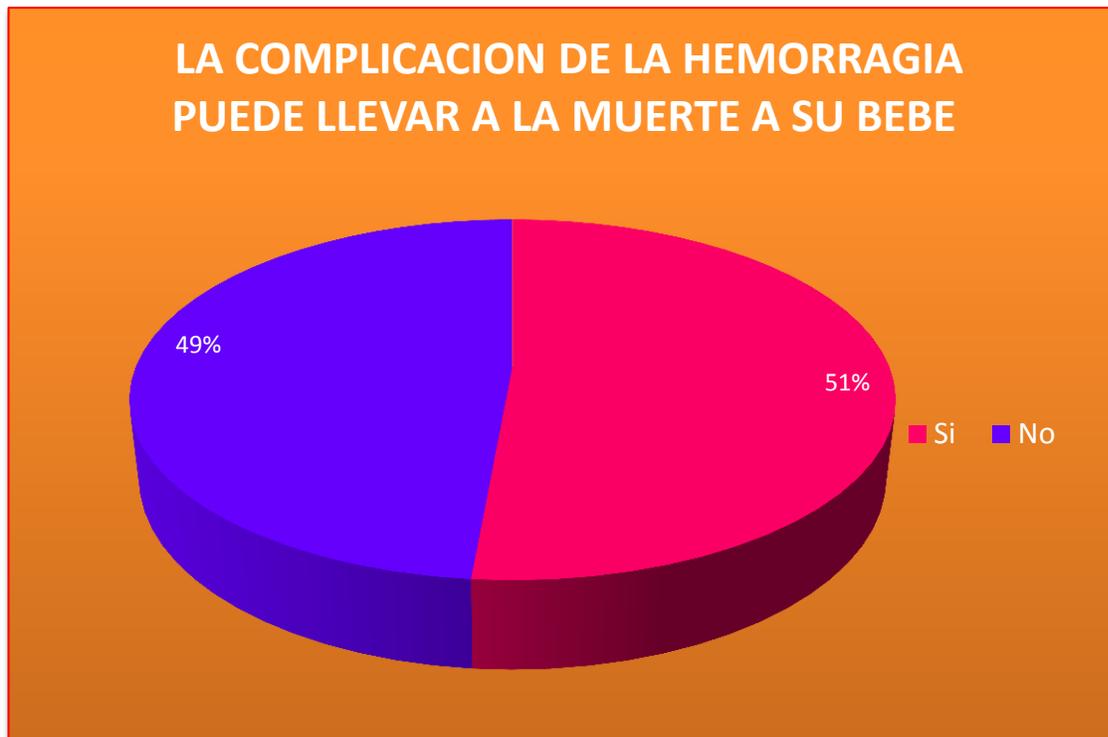


FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que en mayor porcentaje las gestantes son conscientes de que una hemorragia en el embarazo les puede llevar a la muerte con un 56%.sin embargo existe un porcentaje de 44% quienes indican que una hemorragia no puede llevar a la mortalidad materna. Esto probablemente se deba a la falta de información acerca de este tema.

Gráfica 13: Representación porcentual, acerca de. La complicación de una hemorragia puede llevar a la muerte del bebe. En gestantes del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay (agost– dic) 2015.



FUENTE: Gestantes del centro del centro de salud pueblo joven

APRECIACIÓN

Se observa en la gráfica que en mayor porcentaje las gestantes si indican que la complicación de la hemorragia puede llevar a la muerte de su bebe con un 51%.mientras que el 49% de las gestantes mencionan que esta complicación no podría llevar a la muerte de su bebe. Necesariamente se tiene que brindar más información acerca de la complicación de esta patología tanto para la madre como para él bebe.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo me permitió llegar a las siguientes conclusiones:

Del total de las gestantes encuestadas en el centro de salud de pueblo joven acerca de cuál es la causa de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo un 50% de gestantes mencionan que la hemorragia se debe a desprendimiento prematuro de placenta. Mientras que el 24% menciona que se debe a placenta previa y 26% de gestantes creen que se debe a tumores uterinos.(Graf.N° 5)

En el Graf.N° 6 del total de las gestantes encuestadas sobre si Conocen las causas que provoca la hemorragia en el feto el resultado fue de 62% no conocen las causas que provoca la hemorragia en el feto y el 38% si saben las causas que provoca la hemorragia en el feto. En el Graf.N° 7 se observa que las 70 gestantes encuestadas 53% mencionan que el sangrado y el dolor son un signo y síntoma de un trabajo de parto. Mientras un 20% de ellas mencionan que se debe a placenta previa y 27% a desprendimiento prematuro de placenta. En el Graf.N° 8 del total de gestantes encuestadas 96% de ellas conocen los signos de alarma del embarazo mientras que un 4% no conocen.

En el Graf.N° 9 se observa que de las 70 pacientes encuestadas el mayor porcentaje de gestantes no tuvieron sangrado vaginal en sus anteriores gestaciones en un 51%.mientras que el 49% de ellas menciona que sí tuvieron sangrado en su anterior embarazo. En el Graf.N° 10 acerca de la pregunta.cuál es consecuencia de la hemorragia en el embarazo 54% indican que la consecuencia de la hemorragia es la anemia. Mientras que en un 46% de gestantes mencionan como consecuencia el shock hipovolémico.

En el Graf.N° 11.se observa que la consecuencia que trae la hemorragia en el feto es de la prematuridad en un 43%, la anemia en un 31% y el RCIU con un 26%. En el Graf.N° 12 del total de gestantes encuestadas 56% menciona que la complicación de la hemorragia puede llevar a la muerte de la madre, 44% indica

que no lleva a la mortalidad materna. Graf.N° 13 del total de las pacientes 51% menciona que la complicación de las hemorragias puede llevar a la muerte a su bebe mientras que el 49% indica que esta complicación no podría llevar a la muerte de su bebe.

RECOMENDACIONES

Al término de la presente investigación y sobre la base de los resultados obtenidos; nos encontramos en la capacidad de formular las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda a la Universidad Alas Peruanas a través de los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia brindar a las gestantes y comunidad en general; educación e información orientada, mediante la preparación de charlas, entrega de material relacionado al tema en el cual se les permita conocer sobre los diferentes efectos y complicaciones que trae la hemorragia en la segunda mitad del embarazo.
2. Se recomienda al personal de la Dirección Regional de Salud Apurímac implementar un programa educativo por profesionales de la salud sobre la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en medios de comunicación local que contemple la difusión de las complicaciones, efectos negativos para el desarrollo normal de la gestación.
3. Se recomienda que los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la UAP, centren las investigaciones en un mayor número de estudios epidemiológicos sobre las complicaciones de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, tales como placenta previa o parto prematuro.

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO 01

FUENTES DE INFORMACION

1. Ginecologists TACoOa. The American College of Obstetricians and Gynecologists. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013.
2. Acog patient education sangrado durante el embarazo Washington 2009
3. Guio JA. Obstetricia Integral. sexta ed. Alexandry M, editor. colombia: Grawhill; 2008.
4. Arce RM. Guia de Practica Clinica. Sociedad Peruana de Obstetrca y Ginecologia. 2009 Marzo.
5. Mosquera RPY. Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecologia. 2013 Agosto.
6. Aliaga CP. Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecologia. 2010.
7. J.V.Alvares. Hemorragias de la Segnda Mitad del Embarazo. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecologia. 2013 julio.

8. Schwarcz R. Obstetricia. Sexta Edición ed. Ricardo Schwarcz RFD, editor. Argentina: El Ateneo; 2005.
9. Williams. Williams Obstetricia. 23rd ed. Fraga JdL, editor. Mexico: McGraw-Hill; 2011.
10. Diccionario médico: salud.doctissimo.es › diccionario médico.
11. Jaime botero u,juan guillermo londoño , guillermo henao,(2008).texto integrado.obstetricia yginecología.octavaedición.colombia.
12. Abdella TN, Sibai BM, Hayes JM, Anderson GD. Relationship of hipertensive disease to abruptio placentae. Obstet Gynecol 1984; 63(3):365-70.
13. Arias F. Hemorragias del tercer trimestre. En: Arias, F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2a ed. Madrid, Mosby/Doyma Libros, 1994.
14. Bowie JD, Rochester D, Cadkin AV, Cooke WT, Kunzmann A. Accuracy of placental localization by ultrasound. Radiology 1978; 128(1):177-80.
15. Brenner WE, Edelman DA, Hendricks CH. Characteristics of patients with placenta previa and results of expectant management. Am J Obstet Gynecol 1978; 132(2):180- 91.
16. Comeau J, Shaw L, Marcell C, Lavery J. Early placenta previa and delivery outcome. Obstet Gynecol 1983; 61(5):577-80.

17. Cotton D, Read J, Paul R, Quilligan E. The conservative aggressive management of placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137:687-98.
18. Crenshaw C, Jones DE, Parker RT. Placenta previa: a survey of twenty years experience with improved perinatal survival by expectant therapy and cesarean delivery. *Obstet Gynecol Surv* 1973; 28(7):461-70.
19. Cunningham FG, McDonald PC, Gant NF, Leveno KF, Gilstrap L. Obstetrics hemorrhage. In: *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford: Appleton & Lange, 1997.
20. Eden RD, Parker RT, Gall SA. Rupture of the pregnant uterus: a 53-year review. *Obstet Gynecol* 1986; 68(5):671-4.

Pregunta general	Objetivo general	Hipótesis general	Operacionalización de variables				Diseño metodológico
			variable	Dimensiones	Indicadores	Índice	
¿Cuáles son las causas de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al centro de salud de pueblo joven en Abancay periodo agosto a diciembre 2015?	Determinar las causas de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven en Abancay de Agosto – Diciembre 2015.	Las Causas de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo es la placenta previa en gestantes que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven en Abancay de Agosto – Diciembre 2015.	DEL EMBARAZO	1.- Causa	1.1.- Cordón corto 1.2.- Placenta previa 1.3.- Polihidramios 1.4.- Antecedentes de L U 1.5.- Antecedentes de hemorragia 1.6.- Grandes múltiparas 1.7.-DPP 1.8.-Tumores uterinos	1.1.1.-< de 20 cm 1.2.1.- En embarazo anterior y actual. 1.3.1.- Agudo, crónico 1.4.1.- Abortos incompletos 1.5.1.- En gestación anterior 1.6.1.- > de 4 hijos 1.7.1.-En Embarazo Anterior y Actual 1.8.1.-Fibromas Uterinos	Tipo: Básica Nivel : Descriptivo Explicativo Diseño : no experimental Población : 70 Muestra 70 Tipo de muestra: Se realizara de forma aleatoria. TECNICA: Encuesta
Pregunta específico	Objetivo específico	Hipótesis específico		2.-Signos y Síntomas	2.1.- Sangrado 2.2.- Dolor	2.1.1.Leve,Moderado,Se vero, Crónico. 2.2.1.- Leve, Crónico	
a. Cuáles son los signos y síntomas de mayor pronóstico de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo. b. Cuál es la consecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo. c. Cuál es la complicación que presentan las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.	a. Identificar los signos y síntomas de mayor pronóstico de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo. b. Identificar las consecuencias de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo c. Conocer las complicaciones que presentan las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.	a. Los Signos y síntomas de mayor pronóstico de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo son el sangrado vaginal con y sin dolor b. la Consecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo es el shock hipovolémico c. la Complicación que presentan las hemorragias de la segunda mitad del embarazo son la morbimortalidad perinatal.		3.- Consecuencias	3.1-En la madre 3.1.1- Anemia 3.1.2- Parto Prematuro 3.1.3.- Shock Hipovolémico 3.2-En el feto 3.2.1-Hipoxia 3.2.2-Anemia 3.2.3-RCIU 3.2.4-Prematuridad	3.1.1.- En La Madre 3.1.1.- Hemoglobina < de 11 3.2.1.- De 28 a 37 semanas 3.3.1.- > 500 ml 3.2.1.- En El Feto 3.2.1.1-Aguada, Crónica. 3.2.2.1.-Leve Crónica 3.2.3.1. Intrínseca, Extrínseca, Combinada, Idiopática. 3.2.4.1.- < 37 semanas	
				4.- Complicaciones	4.1.- Muerte de la mujer 4.2.- Muerte del feto.		

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ANEXO 3

Variable: Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo

Dimensión: causa, signos y síntomas, consecuencias, complicaciones,

NOMBRE Y APELLIDO:.....



EDAD:.....La presente encuesta se elaboró con la finalidad de conocer las causas de mayor frecuencia de las hemorragias en el embarazo así como para complementar y apoyar en mi trabajo de investigación. El Objetivo General de la encuesta es Identificar las causas de mayor frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Centro de Salud Pueblo Joven en Abancay periodo Agosto – Diciembre 2015.

1.- ¿Cuántos años tiene?

- a) 15-22
- b) 23-30
- c) 31-38
- d) 39 a más

2.- ¿Qué grado de instrucción tiene?

- a) primaria
- b) secundaria
- c) superior
- d) analfabeta

3.- ¿A qué se dedica usted?

- a) ama de casa
- b) comerciante
- c) estudiante
- d) empleado publica

4.- ¿Qué es una hemorragia para usted?

- a) sangrado leve
- b) sangrado moderado
- c) sangrado severo

5.- ¿Cuál es la causa de la hemorragia en el a segunda mitad del embarazo?

- a) placenta previa
- b) desprendimiento prematuro de placenta
- c) tumores uterinos

6.- Conoce las causas que provoca la hemorragia en el feto?

- a).-SI
- b).-NO

7.- Cree que el sangrado y el dolor sea un signo y síntoma de:

- a) Placenta Previa
- b) Desprendimiento Prematuro de Placenta
- c) Trabajo de parto

8.- Conoce los signos de alarma del embarazo?

- a) SI
- b) NO

9.- Ha tenido sangrado vaginal en sus anteriores embarazos?

- a).- SI
- b).-NO

10.-¿cuál es la consecuencia de la hemorragia en el embarazo?

- a). Anemia
- b) shock hipovolémico

11.- ¿qué consecuencias trae la hemorragia en el feto?

- a) Anemia
- b) Retardo de Crecimiento Intrauterino
- c) Prematuridad

12.- Cree Ud. Que la complicación de las hemorragias en el embarazo le puede llevar a la muerte materna?

- a).SI
- b).-NO

13.- Ud. Cree que la complicación de la hemorragia le puede llevar a la muerte a su bebe?

a).SI

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

ANEXO 4

IMÁGENES ACERCA DEL ESTUDIO REALIZADO EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN DE ABANCAY.



Figura 01.Centro de Salud Pueblo Joven donde realice las encuestas



Figura 02. Encuestando a la gestante del centro de salud pueblo joven.



Figura 03. realizando las preguntas de mi encuesta a la madre gestante.



Figura 04. Encuestado a la gestante del centro de salud pueblo joven.