

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Evelyn Lucrecia Pocasangre Sarazúa

Carné Universitario No.: 100021512

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazado"**

Que fue asesorado: Dr. Marco Antonio Barrientos

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2015.

Guatemala, 14 de octubre de 2014



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala, 10 de septiembre de 2014.

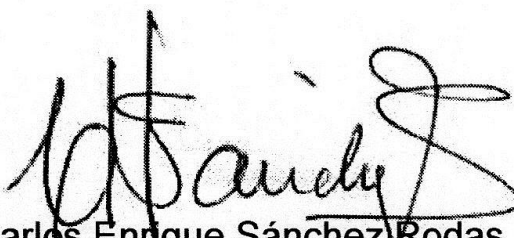
Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaletti
Coordinador Específico de Programas de Postgrados
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Berganza:

Por este medio le informo que he revisado el trabajo titulado: CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, el cual corresponde a la estudiante Evelyn Lucrecia Pocasangre Sarazúa, de la Maestría de Ginecología y Obstetricia, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Enrique Sánchez Rodas', written over a horizontal line.

Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas
Departamento de Pediatría
Hospital Roosevelt
REVISOR

Guatemala, 10 de septiembre de 2014.

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Postgrado de Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

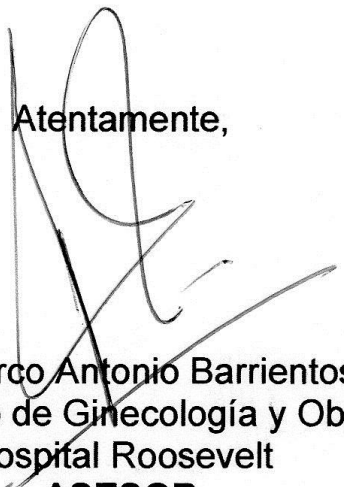
Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES
CON HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

Realizado por la estudiante Evelyn Lucrecia Pocasangre Sarazúa, de la Maestría de Ginecología y Obstetricia, la cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Marco Antonio Barrientos
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
ASESOR

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES CON
HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

EVELYN LUCRECIA POCASANGRE SARAZÚA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Enero 2015

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	INDICE	PÀGINA
RESUMEN		i
I. INTRODUCCIÓN		1
II. ANTECEDENTES		3
III. OBJETIVOS		6
IV. MATERIALES Y METODOS		24
V. RESULTADOS		38
VI. DISCUSION Y ANALISIS		39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		42
VIII. ANEXOS		46

INDICE DE TABLAS

PÀGINA

• TABLA 1	33
• TABLA 2	34
• TABLA 3	35
• TABLA 4	36
• TABLA 5	37

INDICE DE GRAFICAS

PÀGINA

• GRAFICA 1	33
• GRAFICA 2	34
• GRAFICA 3	35
• GRAFICA 4	36
• GRAFICA 5	37

RESUMEN

La hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo o el puerperio, proveniente de genitales internos o externos, que puede ser interna o externa a través de los genitales externos. ⁽²⁷⁾ La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte: en el mundo una mujer muere cada 3 minutos por hemorragia obstétrica. ⁽²⁶⁾ Las hemorragias uterinas son una de las complicaciones graves del embarazo, presentan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal de un 6 a 10% a nivel mundial. ⁽²⁸⁾

OBJETIVO: Identificar la patología más frecuente de los tipos de Hemorragia del tercer trimestre de la gestación. Determinar cuál es la característica clínica: Hemorragia vaginal, Dolor abdominal, Hipertensión uterina y Alteraciones del foco cardíaco fetal más frecuente que se asocia a hemorragias del tercer trimestre del embarazo. Determinar la caracterización epidemiológica de la paciente con hemorragia del tercer trimestre del embarazo: Edad materna, Multiparidad, Escolaridad, Área geográfica, Embarazo múltiple, Cesárea previa, Tabaquismo, Enfermedad hipertensiva en el embarazo. Describir la complicación fetal más frecuentemente asociada a hemorragia del tercer trimestre del embarazo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La patología asociada a hemorragia del tercer trimestre del embarazo que se presentó con mayor frecuencia fue Placenta previa en un 83.3%, seguido por abrupto placentae en el 14.3% y vasa previa en 2.4%. La característica clínica que con mayor frecuencia presentaron las pacientes sometidas a estudio fue hemorragia vaginal con un 83.3%, seguido por dolor abdominal con 28.6% y alteración de la frecuencia cardíaca fetal con un 26.2% y un menor porcentaje de hipertensión uterina. Dentro de las características epidemiológicas: La edad materna promedio que con mayor frecuencia se asoció a hemorragia del tercer trimestre del embarazo fue de 26 a 30 años con una mediana de 28 años que correspondió al 31%, el 83.3% eran multíparas, 45.2% tenían un grado de escolaridad bajo, a nivel primario, un 69% provenían del área rural y el antecedente de cesárea en embarazos previos se asoció en un 64.3%, el 28.6% se asoció a hipertensión inducida por el embarazo. El embarazo múltiple representó un 2.4%, antecedente de tabaquismo un 11.9%, y la presencia de enfermedad hipertensiva crónica en un 14.3%, por lo que su presencia no generó cambios significativos para que se presente hemorragia del tercer trimestre. Las complicaciones fetales más frecuentes en las pacientes con hemorragia del tercer trimestre fueron bajo peso al nacer con un 64.3%, prematuridad con un 59.5% así como asfixia perinatal y muerte fetal y neonatal en un 16.7%.

I. INTRODUCCION

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte: en el mundo una mujer muere cada 3 minutos por hemorragia obstétrica. (26) La hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la primera causa de mortalidad materna en nuestro país y en un número considerable de casos es origen de secuelas orgánicas irreversibles. Y es un hecho reconocido a nivel mundial que la atención oportuna y de calidad en el manejo de ésta situación son fundamentales para evitar la morbilidad y disminuir la mortalidad materno-fetal. (27)

La realidad a nivel nacional, a pesar de que Guatemala se considera un país en vías de desarrollo, es que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no tiene la capacidad para manejar y aprovechar los pocos recursos con los que cuentan, lo cual contribuye a que la asistencia médica sea deficiente especialmente en el área rural. Es importante señalar que las mujeres embarazadas no tienen un acceso a los servicios de salud de una forma adecuada, con equidad y de calidad, lo que conlleva a un inadecuado control prenatal, mala orientación de signos de peligros, diagnósticos tardíos que comprometen la vida de la paciente y el producto de la concepción, elevando la morbilidad y mortalidad materno- fetal.

Una revisión sistemática a nivel internacional demuestra que la Placenta previa es la causa más frecuente de hemorragia del tercer trimestre del embarazo, siendo el factor de riesgo más importante la cesárea previa, y el signo clínico característico, la hemorragia vaginal intermitente, indolora y progresiva.⁽¹⁾ También describen que el Abrupto placentae está asociado a enfermedad vascular materna, y que el síndrome hipertensivo del embarazo es la causa más frecuente.⁽¹⁷⁾ Se describe que el diagnóstico clínico de la Vasa Previa se realiza en el parto inmediato o intraparto, por el sangrado, alteraciones en el feto o tras el fallecimiento fetal, por ésta razón es de suma importancia el diagnóstico prenatal, para controlar una entidad de tan alto grado de mortalidad fetal.⁽³⁾

En el Hospital Roosevelt en los años 2009 al 2010 se reportaron 108 casos de pacientes con diagnóstico de Hemorragia del tercer trimestre del embarazo, de los cuales el 90% correspondía a Placenta Previa y el 9% de Abrupto Placentae y un 1% de Vasa Previa. (27) Observándose que los factores de riesgo más frecuentes que favorecían su aparición en orden descendente fueron: cirugías uterinas previas (cesárea, miomectomía e histerotomías), multiparidad (más de 4 partos tanto eutócicos como distócicos), embarazo múltiple, antecedente de placenta previa anterior, fumadoras de tabaco, consumo de alcohol, enfermedades relacionadas con el embarazo (hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia), edad materna avanzada (más de 40 años), polihidramnios con descompresión aguda, inserción velamentosa del cordón y traumatismos

abdominales externos. (4,6,11) Siendo los principales síntomas y signos clínicos: la hemorragia vaginal, dolor a la palpación del útero, hipertonía uterina.(5,6,7,8) Las complicaciones maternas pueden ser: Prenatales como hemorragia vaginal con anemia severa, Natales como Distocias, con consiguiente shock hipovolémico, placenta áccreta, atonía uterina, rotura uterina, útero de Courvalier y pueden conllevar a una histerectomía obstétrica y muerte,(4,5,6,7,8) y las complicaciones post natales como anemia severa, insuficiencia renal por déficit de volumen. Las complicaciones fetales tienen relación con la edad gestacional en la cual se debe interrumpir el embarazo. Sin embargo en periodo prenatal se puede presentar la anemia e isoimmunización, presentaciones fetales anormales y restricción del crecimiento intrauterino. Durante el parto la complicación más frecuente es la prematuridad, asfixia e hipoxia fetal con apgar bajos y durante el periodo post natal se dan con más frecuencia las complicaciones asociadas a la prematuridad como distress respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragias interventriculares y cuando se presenta una rotura de vasa previa lleva a shock hipovolémico y muerte fetal. (4,5,6,7,8,9,11,12,14,16)

Por lo anteriormente descrito, surge la importancia del conocimiento de las características epidemiológicas y clínicas de la hemorragia del tercer trimestre, que permita la evaluación integral para realizar el diagnóstico temprano y oportuno que contribuirá a la disminución de las complicaciones maternas y fetales, así como la mortalidad.

Debido a que en Guatemala no se encontraron estudios que demuestren la importancia del diagnóstico clínico-epidemiológico de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo, surge la necesidad de dar a conocer el método clínico como el arma fundamental para el diagnóstico oportuno y así disminuir sus complicaciones maternas y fetales.

II. ANTECEDENTES

2.1 Descripción y antecedentes del problema.

La realidad a nivel nacional, a pesar de que Guatemala se considera un país en vías de desarrollo, es que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no tiene la capacidad para manejar y aprovechar los pocos recursos con los que cuentan, lo cual contribuye a que la asistencia médica sea deficiente especialmente en el interior del país. Es importante señalar que las mujeres embarazadas no tienen un acceso a los servicios de salud de una forma adecuada, con equidad y de calidad, lo que conlleva a un inadecuado, control prenatal, mala orientación de signos de peligros, diagnósticos tardíos que comprometen la vida de la paciente y el producto de la concepción, elevando la mortalidad materna fetal.

Se debe mencionar que dentro de los datos estadísticos del ministerio de salud reporta una alta incidencia de los casos de Hemorragia del tercer trimestre del embarazo, siendo más frecuente la Placenta Previa, seguida del Abrupto Placentae, sin embargo la incidencia de Vasa Previa está subestimada, por la falta de educación con respecto a ésta patología. Además esta morbilidad es causa frecuente de morbilidad y mortalidad materna y fetal a nivel nacional, que refleja el subdesarrollo de nuestro país. ⁽²⁶⁾

En el Hospital Roosevelt en los años 2009 al 2010 se reportaron 108 casos de pacientes con diagnóstico de Hemorragia del tercer trimestre del embarazo, de los cuales el 90% correspondía a Placenta Previa y el 9% de Abrupto Placentae y un 1% de Vasa Previa. ⁽²⁷⁾ Observándose que los factores de riesgo más frecuentes que favorecían su aparición en orden descendente fueron: cirugías uterinas previas (cesárea, miomectomía e histerotomías), multiparidad (más de 4 partos tanto eutócicos como distócicos), embarazo múltiple, antecedente de placenta previa anterior, fumadoras de tabaco, consumo de alcohol, enfermedades relacionadas con el embarazo (hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia), edad materna avanzada (más de 40 años), polihidramnios con descompresión aguda, inserción velamentosa del cordón y traumatismos abdominales externos. Siendo los principales síntomas y signos clínicos: la hemorragia vaginal, dolor a la palpación del útero, hipertonía uterina. Las

complicaciones maternas pueden ser: Prenatales como hemorragia vaginal con anemia severa, Natales como Distocias, con consiguiente shock hipovolémico, placenta áccreta, atonía uterina, rotura uterina, útero de Courvalier y pueden conllevar a una histerectomía obstétrica y muerte, y las complicaciones post natales como anemia severa, insuficiencia renal por déficit de volumen. Las complicaciones fetales tienen relación con la edad gestacional en la cual se debe interrumpir el embarazo. Sin embargo en periodo prenatal se puede presentar la anemia e isoinmunización, presentaciones fetales anormales y restricción del crecimiento intrauterino. Durante el parto la complicación más frecuente es la prematuridad, asfixia e hipoxia fetal con apgar bajos y durante el periodo post natal se dan con más frecuencia las complicaciones asociadas a la prematuridad como distress respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragias interventriculares y cuando se presenta una rotura de vasa previa lleva a shock hipovolémico y muerte fetal. ^(2,3,4,5,9,11,14,15,17)

Por lo anteriormente descrito, surge la importancia del conocimiento de las características epidemiológicas y clínicas de la placenta previa, abrupto placentae y vasa previa, que permitan la evaluación integral para realizar el diagnóstico temprano y oportuno que contribuirá a la disminución de las complicaciones maternas y fetales, así como la mortalidad.

El Departamento de Guatemala se encuentra situado en la región central, su cabecera departamental es Guatemala, limita al Norte con el departamento de Baja Verapaz; al Sur con los departamentos de Escuintla y Santa Rosa; al Este con los departamentos de El Progreso, Jalapa y Santa Rosa; y al Oeste con los departamentos de Sacatepéquez y Chimaltenango. Se ubica en la latitud 14° 38' 29" y longitud 90° 30' 47", y cuenta con una extensión territorial de 2,253 kilómetros cuadrados. El idioma predominante es el español, y la religión católica. El 70% de la población es ladina y el resto es indígena inmigrante. A nivel nacional el 66% es analfabeto y en la ciudad capital existe más del 20%. La mayoría de la población cuenta con un nivel socioeconómico bajo. ⁽²⁷⁾

Una revisión sistemática a nivel internacional demuestra que la Placenta previa es la causa más frecuente de hemorragia del tercer trimestre del embarazo, siendo el factor de riesgo más importante la cesárea previa, y el signo clínico característico, la hemorragia vaginal intermitente, indolora y progresiva.⁽¹⁾ También describen que el Abrupto placentae está asociado a enfermedad vascular materna, y que el síndrome hipertensivo del embarazo es la causa más frecuente.⁽¹⁷⁾ Se describe que el diagnóstico clínico de la Vasa Previa se realiza en el parto inmediato o intraparto, por el sangrado, alteraciones en el feto o tras el fallecimiento fetal,

por ésta razón es de suma importancia el diagnóstico prenatal, para controlar una entidad de tan alto grado de mortalidad fetal.⁽³⁾

Debido a que en Guatemala no se encontraron estudios que demuestren la importancia del diagnóstico clínico-epidemiológico de hemorragias del tercer trimestre, surge la necesidad de dar a conocer el método clínico como el arma fundamental para el diagnóstico oportuno y así disminuir sus complicaciones maternas y fetales, mediante un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- 3.1.1 Caracterizar clínica y epidemiológicamente a las pacientes con Hemorragia del Tercer Trimestre del Embarazo.

3.2 Objetivos Específicos:

- 3.2.1 Identificar la patología más frecuente de los tipos de Hemorragia del tercer trimestre de la gestación.
- 3.2.2 Determinar cuál es la característica clínica: Hemorragia vaginal, Dolor abdominal, Hipertonía uterina y Alteraciones del foco cardiaco fetal más frecuente que se asocia a hemorragias del tercer trimestre del embarazo.
- 3.2.3 Determinar la característica epidemiológica que con mayor frecuencia se asocia a hemorragia del tercer trimestre del embarazo: Edad materna, Multiparidad, Escolaridad, Área geográfica, Embarazo múltiple, Cesárea previa, Tabaquismo, Enfermedad hipertensiva en el embarazo.
- 3.2.4 Describir la complicación fetal más frecuentemente asociada a hemorragia del tercer trimestre del embarazo.

MARCO TEÓRICO

Epidemiología a nivel mundial de Placenta Previa, Abrupto placentae y Vasa Previa.

La incidencia real de Placenta previa a nivel mundial, 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 recidivas es de 4 a 8%.⁽¹⁸⁾ El Abrupto placentae tiene una incidencia que oscila en el rango de 0.52 a 1.29% de los nacimientos⁽⁵⁾ preferentemente en el periodo anteparto.⁽⁹⁾ Se ha estimado que la prevalencia de Vasa previa varía entre 1.5-4 de cada 10000 nacidos vivos, de los cuales aproximadamente el 10% ocurre en embarazos múltiples,⁽¹¹⁾ sin embargo es relativamente rara, con una incidencia reportada de aproximadamente 1 en 2500 embarazos.⁽¹⁵⁾ éste proceso se asocia con muerte fetal entre el 58 al 100% de los casos,^(7,8) sin embargo estas cifras contrastan claramente con una mortalidad del 3% en aquellos casos en que se cuenta con un diagnóstico prenatal.⁽¹¹⁾ En conjunto, todas estas causas de hemorragias son responsables del 20 al 25% de todas las muertes perinatales.⁽⁹⁾

El factor de riesgo más importante para Placenta previa es tener una cesárea previa, además de la disrupción quirúrgica de la cavidad uterina, la cual también se asocia a Abrupto placentae. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de 1 cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.^(1, 14)

En las Américas la incidencia de Placenta previa fue de 0.31%.⁽²¹⁾ Actualmente en nuestra región la incidencia de Placenta Previa oscila de 3.8 por cada 1000 embarazos a 1,4 a 7 por cada 1000 embarazos. Se asocia a riesgo significativo de hemorragia (RR= 9.81), hospitalización, transfusión (RR=10.05) parto prematuro, alta frecuencia de cesáreas, y de hemorragias post cesárea del 5.3%, (RR de 33.26 comparado con las cesáreas sin placenta previa). La mortalidad perinatal está aumentada de 3 a 4 veces, dada principalmente por parto prematuro.⁽²²⁾ La incidencia aproximada del Abrupto placentae es de 1 de cada 300 embarazos, pero varía sustancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y población asistida⁽⁵⁾ La mortalidad fetal por causa de Abrupto placentae se estima entre un 30 y 60%, lo que representa el 15 al 35% de la mortalidad perinatal.⁽⁹⁾ La incidencia de Vasa previa corresponde al 0.4% a nivel de centro américa.

Epidemiología en Guatemala de Placenta Previa, Abrupto placentae y Vasa Previa.

A nivel nacional la Placenta previa es la causa más frecuente de Hemorragia en la segunda mitad del embarazo. El 70% de los casos se da en el tercer trimestre del embarazo. En el Hospital Roosevelt en el año 2010 se reportaron 74 ingresos de pacientes con diagnóstico de Hemorragias durante el Tercer Trimestre del Embarazo, de las cuales el 90% fueron a causa de Placenta Previa, 9.2% de Abrupto placentae y 0.8% de vasa previa.

HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

Hemorragia del tercer trimestre del embarazo es toda aquella hemorragia vaginal que se presenta a las 28 semanas o más de gestación causada por Placenta Previa, Desprendimiento de Placenta Normo inserta o Abrupto Placentae y Vasa Previa.

1. PLACENTA PREVIA:

1.1 DEFINICIÓN:

La placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación, se asocia con hemorragia indolora. Placenta previa (PP) es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno (OCI).^(1,2)

En la mayoría de los casos, las placentas descritas como “de inserción baja” no llegan a término como tales; pues como consecuencia del desarrollo del segmento uterino inferior a partir de las 32 semanas, la placenta es desplazada en sentido cefálico. De la misma manera, durante el trabajo de parto, una placenta parcialmente oclusiva al comenzar el trabajo de parto puede transformarse en una marginal, por dilatación del cuello.⁽¹⁾

Así las cosas, la variedad de la placenta depende entonces, como ya vimos:

- a. De la edad gestacional: A mayor edad, el segmento inferior se elonga y habitualmente aleja la placenta del OCI.
- b. Del Trabajo de Parto: Por el progreso en la dilatación cervical.⁽¹⁾

1.2 EPIDEMIOLOGÍA:

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.⁽¹⁸⁾

En general, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. Para nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%.⁽¹⁾

El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.⁽¹⁾

Las malformaciones congénitas y las presentaciones anómalas se asocian con frecuencia a PP, aunque estas últimas son más bien la consecuencia y no la causa de la PP. (Rose and Chapman, 1986). 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 (Nielsen et al, 1990).⁽¹⁸⁾

Por otra parte, la probabilidad de presentar una placenta áccreta es mayor en pacientes con antecedentes de cesárea y Placenta Previa (PP). El riesgo de placenta áccreta 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.⁽¹⁸⁾

1.3 ETIOLOGÍA:

La hemorragia de la placenta previa es diferente según se produzca durante la gestación (tracción de las membranas y despegamiento placentario: mecanismo de Pinard; elongación del Segmento uterino inferior: mecanismo de Jacquemier) o durante el parto (retracción miometrial: mecanismo de Schroeder)⁽²³⁾.

La etiología de la placenta previa es desconocida, pero se suponen hipótesis fundamentadas en condiciones asociadas a su mayor incidencia, así:

1.3.1. Uterinas.

Constituidas por todas aquellas noxas que alteran bien al endometrio, o bien al miometrio perturbando la placentación normal en su nidación. Tales como: Antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos (miomectomías tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedente de Placenta Previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio). ⁽²⁴⁾

1.3.2. Placentarias:

Todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la torta placentaria o bien su superficie de implantación. Una reducción en el oxígeno útero placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y Cocaína. ^(1,24)

1.4 FACTORES PREDISPONENTES:

Los factores predisponentes y entidades clínicas relacionadas con esta patología suelen incluir traumatismos previos del endometrio, del miometrio o de la vascularización uterina. Los factores más comunes se describen a continuación:

- Edad materna avanzada.
- Multiparidad.
- Gestaciones múltiples.
- Anemia.
- Periodo intergenésico corto.
- Endometritis Crónica.
- Cesáreas previas.
- Legrados por abortos

- Histeroscopia Operatoria.
- Cicatriz previa por miomectomía, o cirugía uterina.
- Antecedente de placenta previa.
- Tumores uterinos.
- Tabaquismo.
- Cocaína.
- Feto masculino.
- Proceso Recurrente
- Asociado a placenta acreta en el 5% de los casos
- Antecedentes de Placenta Previa anterior ^(1,2,18)

1.5 CLASIFICACIÓN:

Según la proximidad entre el disco placentario y el orificio cervical interno la Placenta Previa (PP) se clasifica de la siguiente manera:

Placenta de inserción baja o Grado I: 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, se observa en el 37% 54,9% de los casos.⁽¹⁸⁾

Placenta marginal o grado II: cuando el borde de la placenta está en el margen del orificio cervical interno, se observa en el 37% 54,9% de los casos.^(1,18)

Placenta parcial, Parcialmente Oclusiva o grado III: cuando el orificio cervical interno se halla cubierto parcialmente por la placenta. La frecuencia aproximada es de 20,6% 31,3%.^(1,18)

Placenta oclusiva total, Centro Oclusiva Total o grado IV: cuando el orificio cervical interno está completamente cubierto por la placenta. La frecuencia aproximada es de 23% 31,3%.^(1,18)

1.6 FISIOPATOLOGÍA:

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

1. **Endometrio:** de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúe como tumor previo. ⁽¹⁾

2. **Musculatura:** menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento. ⁽¹⁾

3. **Membranas:** en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM. ⁽¹⁾

4. **Cordón:** Por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón. ⁽¹⁾

La placenta previa sangra sólo si se desprende. Las causas de desinserción o mecanismos de la hemorragia son:

- **En el embarazo:**

- a. el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks causan la tracción de las membranas y el despegamiento placentario, conocido como Mecanismo de Pinard. ^(1,23)

- b. formación y desarrollo del Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta; conocido como Mecanismo de Jacquemiere. ^(1,23)

- **En el parto:** Por las contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cervico-segmentario y la dilatación cervical, así como la retracción miometrial, llamado Mecanismo de Schroeder. ^(1,23)

1.7 CUADRO CLINICO:

El sangrado al término de la gestación es común y requiere evaluación médica en el 5 – 10 % de los embarazos. La severidad y frecuencia de la hemorragia obstétrica es una de las tres causas de muerte materna y causa importante de

morbilidad y mortalidad perinatal en Estados Unidos. Afortunadamente la mayoría de los pacientes tienen sangrados escasos.

Las hemorragias más serias (2–3%) que resultan con pérdidas mayores a 800 cc son secundarias al desprendimiento prematuro de la placenta y placenta previa. Menos común pero peligrosa causa de sangrado son la placenta circumvalata, anormalidades de los mecanismos de coagulación y la ruptura uterina.

En la Placenta Previa, 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. El 35% de las pacientes con placenta previa 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 estacional en el que aparece el primer episodio de hemorragia es de 29, no se asocia con mortalidad materna y se resuelve espontáneamente. A veces es posible escuchar el soplo placentario bajo.⁽¹⁾

El sangrado genital está presente en el 80% de los casos; hemorragia + dinámica uterina en un 10-20% y un 10% son asintomáticas, detectadas sólo por ecografía. Durante el embarazo, la metrorragia procede habitualmente del desprendimiento de una Placenta Previa no oclusiva; en el parto, de la oclusiva, siendo en este caso el primer y único episodio, y de gran intensidad.⁽¹⁾

La primera hemorragia aparece por tercios: 1/3 antes de las 31 semanas, 1/3 entre la semana 32 y 36, y 1/3 sobre las 37 semanas. La precocidad de la primera hemorragia indica un mal pronóstico evolutivo.

Como ya dijimos, la Placenta Previa actúa en la cavidad uterina como tumor previo, por lo que las presentaciones altas son frecuentes, al igual que las presentaciones de tronco, nalgas (30%) y las posteriores (15%). A la inversa, una presentación de vértice, con buen apoyo en la pelvis, nos debe hacer pensar en otra causa de metrorragia. La frecuencia cardíaca fetal es normal. El compromiso fetal depende del compromiso materno, que junto al ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal indicaría que el feto también ha sangrado al desprenderse la placenta.⁽¹⁾

Por lo que se describe que el cuadro clínico característico de la Placenta Previa se resume de forma siguiente:

- Sangrado vaginal indoloro rojo, rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada generalmente en reposo (al levantarse de cama).
- Falta contracciones uterinas.
- Ocurre en la segunda mitad del embarazo.
- Puede asociarse con: Situación y presentaciones anormales prolapso de cordón.
- Rotura Prematura de Membranas ovulares.
- Si no fue diagnosticada el trabajo de parto, la hemorragia puede ser importante.
- No se acompaña de hipertonía uterina.
- De acuerdo a la hemorragia puede o no haber sufrimiento fetal.
(1,2,18,14)

1.8 DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES:

Historia Clínica: La elaboración de una completa historia clínica debe estar enfocada a determinar los factores de riesgo condicionantes de una placenta previa, el examen clínico incluirá la evaluación ginecológica con espéculo, ante la sospecha de esta patología debe evitarse el tacto vaginal, la evaluación abdominal revelará un soplo placentario bajo, una posición fetal anómala (Podálico, transverso, oblicuo), y si hay una situación fetal longitudinal (podálico o cefálico), la presentación no estará encajada, igualmente podrán percibirse los movimientos fetales, debido a la ausencia de SFA en esta patología.⁽¹⁾

Evaluación Física: 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 (Hibbard, 1969).⁽¹⁾

Ultrasonografía: El examen diagnóstico más efectivo es la ecografía, la cual permite establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos. La ecografía puede realizarse trans abdominal y/o transvaginal según lo determine el examinador. En las gestaciones tempranas en las cuales se ha sugerido el diagnóstico ecográfico de placenta previa, la evaluación posterior puede revelar con bastante frecuencia falsos positivos, por ello el diagnóstico final lo determina la ecografía del III trimestre. El ultrasonido es una prueba de tamizaje para el diagnóstico de placenta de inserción baja y de placenta previa. La ecografía transvaginal es segura en presencia de placenta previa y es más exacta que la ecografía transabdominal para localizar la placenta.⁽¹⁾

Las exploraciones ecográficas futuras son requeridas en todas las mujeres quienes tienen una placenta extensa o que cubre el orificio cervical interno como sigue:

- Mujeres que presenten sangrados pueden ser manejadas individualmente de acuerdo a sus necesidades.
- Sintomáticas a quien se le sospecha una placenta previa parcial el seguimiento imagenológico debe hacerse a las 36 semanas.
- Asintomáticas con sospecha de placenta previa total, una ecografía transvaginal debe realizarse a las 32 semanas, para esclarecer el diagnóstico y luego planear el manejo en el tercer trimestre y parto.^(1,18)

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 (Ziliani et al, 1991). Además, esta técnica tiene un valor predictivo positivo de 90% y un valor predictivo negativo del 100% para el diagnóstico de PP (Hertzberg et al, 1992).^(1,18)

Resonancia magnética nuclear. Mediante esta técnica se ha logrado el diagnóstico de PP en forma más precisa si se compara con la ecosonografía, incluso en casos de implantaciones bajas de placentas poste-riores. Sin embargo, no es el método ideal para el diagnóstico por el costo y la poca disponibilidad del mismo (Kay, 1993).⁽¹⁸⁾

1.9 TRATAMIENTO:

Se tendrá en cuenta: El grado de sangrado, la edad gestacional, la vitalidad fetal, patologías asociadas y si existe o no trabajo de parto.

En el manejo de la placenta previa los pilares terapéuticos son:

- Asegurar el estado materno.
- Asegurar el estado fetal.
- Evitar las complicaciones.

El manejo médico de la placenta previa sangrante es hospitalario, se debe efectuar evaluación completa de los factores etiológicos que favorecen la presencia del sangrado: infecciones cervicales, infecciones urinarias o vaginales, sobredistensión uterina, factores precipitantes de la actividad uterina de pretérmino. Los exámenes paraclínicos incluirán: hemograma, hemoclasificación, gram y cultivo de secreción vaginal, parcial de orina (uroanálisis), urocultivo, VDRL, ecografía transabdominal y/o transvaginal para confirmar el diagnóstico y evaluar la biometría fetal, así como determinar el peso fetal; en caso de que se considere muy posible la terminación del embarazo, monitoreo fetal electrónico bisemanal.

Definir el estado hemodinámico inicial y las pérdidas estimadas:

- ❖ Clasificar el grado de sangrado como leve, moderado y severo.
- ❖ Definir la necesidad de transfusión, si:
 - Presencia de ortostatismo después de la reanimación.
 - Hemoglobina menor de 7 mg/dl.
 - Sin respuesta a la reanimación.

1. La gestante que cursa con placenta previa, sangrado vaginal leve y embarazo de pretérmino con feto inmaduro se le instaurará un manejo temporizador del embarazo con: Reposo absoluto, tocolíticos (nifedipina vía oral 40 – 60 mg/día), aplicación de inductores de la madurez pulmonar fetal con corticoides (Betametasona 12 mg IM cada 24 hrs. por 2 dosis) en gestaciones de 26 a 34 semanas.

2. La paciente con placenta previa y sangrado vaginal leve con edad gestacional > 36 semanas o feto maduro corroborado por ultrasonido de II o III nivel, o por pruebas de madurez fetal en líquido amniótico, así como aquellas gestaciones que demuestren compromiso fetal (Anomalías congénitas importantes, infección intrauterina – TORCH, RCIU, oligohidramnios, etc.), se

procederá a programar operación cesárea, en estos casos la evacuación temprana evita las complicaciones futuras derivadas de un evento hemorrágico profuso.

3. La embarazada con placenta previa y sangrado vaginal severo se le iniciará un manejo médico agresivo tendiente a estabilizar hemodinámicamente a la madre y permitir reevaluar en el corto tiempo para definir el manejo conservador de una gestación pretérmino o proceder a evacuar por cesárea de urgencia en los casos de persistir el sangrado o si desde el ingreso el compromiso materno era evidente, en estas situaciones no tendrá relevancia la edad gestacional, debido a las altísimas tasas de morbi-mortalidad materna asociadas al shock hipovolémico secundario a la pérdida sanguínea materna.

☐ Se deberá canalizar vena periférica con angiocath 18 e iniciar infusión de cristaloides (Solución salina al 0,9%, Lactato de Ringer o solución de Hartman, Haemacel) 1.000 cc a chorro, luego mantener una infusión entre 150 a 300 ml/hora, tomar muestra para reservar glóbulos rojos empacados.

☐ Registro continuo de la tensión arterial cada 15 – 30 minutos, preferiblemente con monitoreo electrónico.

☐ En los casos de compromiso muy severo se deberá medir la presión venosa central, igualmente nos permitirá monitorizar la infusión de cristaloides y hemoderivados.

☐ Control estricto de líquidos administrados y eliminados. Se dejará sonda vesical a permanencia.

☐ En conclusión para evitar complicaciones:

1. Se debe desembarazar toda gestación mayor de 36 semanas o si se identifica la madurez pulmonar fetal.

2. Reposo en cama hasta la hora del parto, si hay control del sangrado.

3. Inducción de la maduración pulmonar fetal con corticoides a toda gestación entre las 26 y 34 semanas.

4. Útero inhibición en caso de presentar actividad uterina.

5. Realizar seguimiento ecográfico en busca de restricción del crecimiento intrauterino y acretismo placentario.

6. Practicar amniocentesis para perfil de maduración pulmonar fetal a partir de la semana 34, semanalmente.

7. Reservar 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados como mínimo.

2. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA (ABRUPTO PLACENTAE)

2.1 DEFINICIÓN:

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) o Abruption 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. (16,18)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA:

La frecuencia de DPP es de 0,52% a 1,29%, con tasas de mortalidad perinatal entre 15% y 35% (Abdella et al, 1984) 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. La 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). (18)

2.3 ETIOLOGÍA:

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.

2.4 FACTORES DE RIESGO:

- Hipertensión crónica e inducida por el embarazo.
- Restricción del crecimiento intrauterino severo.
- Ruptura prematura de membranas mayor de 24h.
- Corioamnionitis.
- Edad materna mayor o igual a 35 años.
- Hábitos tabáquicos y consumo de cocaína.
- Traumatismos externos.
- Antecedente de DPP.
- Fetos masculinos.
- Multiparidad.
- Deficiencias alimentarias (especialmente folatos).
- Descompresión aguda del polihidramnios y gestación múltiple.
- Cordón umbilical corto.
- Punción accidental de Placenta (16,18)

2.5 CLASIFICACIÓN:

Se han propuesto varias clasificaciones, pero las más utilizadas son la de Page (1954),

Grado 0: Es una forma asintomática, el desprendimiento es menor a 1/6 de la superficie y el diagnóstico de DPP se hace en forma retrospectiva, por medio del examen de la placenta en el momento del alumbramiento, donde se observa una depresión circunscripta con un coagulo sanguíneo oscuro.

Grado 1: Es una forma leve, el desprendimiento es menor al 30% de la superficie placentaria, presentan escasa sintomatología con hemorragia vaginal mínima de color oscuro y pequeños coágulos, dolor abdominal leve,

consistencia conservada del útero o levemente hipertónico, feto vivo y estado general conservado de la madre.

Grado 2: Es una forma de gravedad moderada, el desprendimiento es del 30 al 50% de la superficie placentaria, el primer síntoma es el dolor agudo en el abdomen, a nivel del útero; la hemorragia vaginal externa es escasa de color oscuro, y la hemorragia interna en donde aumenta el tamaño del útero por la presencia del hematoma. Son de peor pronóstico, porque llevan a un diagnóstico tardío, y están asociados a la forma grave. Mortalidad fetal en el 20 al 30% de los casos, y el 90% presentan sufrimiento fetal agudo.

Grado 3: Es una forma grave, el desprendimiento es total, de comienzo brusco, sin aviso previo, presenta hemorragia externa no abundante, aunque ésta puede faltar, dolor abdominal intenso, estado general comprometido, shock, anemia aguda, con el aspecto típico de una paciente intoxicada, útero leñoso, feto muerto (in útero) en el 100% de los casos y algunas veces coagulopatía. (16,17,18)

La clasificación de Sher correlaciona el incremento de la morbilidad materna con el incremento en el grado de DPP.

Grado I (leve): Corresponde a los casos donde el diagnóstico se realiza de manera retrospectiva. Estas pacientes suelen presentar hematomas retro placentarios de proximadamente 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 2% 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. (16,18)

2.6 CUADRO CLINICO:

- Hemorragia vaginal: Puede no observarse hemorragia externa por que la sangre se retiene detrás de la placenta y permanece sus bordes adheridos a la pared uterina o porque la sangre tiene acceso a la cavidad amniótica a

través de las membranas, estando la cabeza fetal aplicada sobre el segmento uterino impidiendo que fluya al exterior la sangre.

- Dolor intenso espontáneo o a la palpación del útero, el útero se palpa hipertónico.
- Sufrimiento fetal.
- Polisistolia.
- Muerte fetal.
- Shock hipovolémico: Según el grado de hemorragia y compromiso del sistema de coagulación. (16,18)

2.7 DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES:

El diagnóstico es típicamente clínico, con la aparición de los siguientes signos:

- Aparición de metrorragia en el tercer trimestre del embarazo o precozmente en el parto.
- Comienzo súbito, con dolor intenso y continuo en el abdomen,
- Hipertonía uterina, con dificultad en la palpación de las partes fetales y
- Estado de shock

En los casos leves o moderados, o con síntomas atípicos la ecografía es considerada el método de elección para la confirmación de la vitalidad fetal, además permite excluir el diagnóstico de placenta previa en primer lugar y a la vez recoger imágenes positivas del hematoma retro placentario.(17)

3. VASA PREVIA:

3.1 DEFINICIÓN:

La vasa previa es una condición de alto riesgo obstétrico en la cual vasos fetales o placentarios cruzan el segmento uterino por debajo de la presentación (2-5). Estos vasos están desprotegidos de gelatina de Wharton o tejido placentario, lo que los hace altamente vulnerables y susceptibles de

ruptura o laceraciones en cualquier periodo del embarazo, principalmente en el momento del parto (6,7). También es frecuente la compresión de estos vasos, especialmente durante el tercer trimestre de la gestación, lo que puede condicionar asfixia y muerte fetal. (7, 11,21)

3.2 EPIDEMIOLOGÍA:

Se ha estimado que la prevalencia de vasa previa varía entre 1,5-4:10.000 nacidos vivos (5), de los cuales aproximadamente un 10% de los casos ocurren en embarazos múltiples. Sin embargo, la revisión de la literatura ha demostrado que la prevalencia de esta patología está subestimada, basado en el hecho que muchos casos pasan desapercibidos hasta el momento del parto, por lo que no son comunicados en la literatura (5). También es importante considerar que la incidencia de vasa previa en embarazos logrados mediante técnicas de reproducción asistida, en particular fertilización in vitro, es mucho mayor, del orden de 1 en 300 embarazos(9,10), lo cual se ha asociado al incremento de alteraciones morfológicas placentarias en estos embarazos(11,21) éste proceso se asocia con muerte fetal entre el 58 al 100% de los casos,(7,8) sin embargo estas cifras contrastan claramente con una mortalidad del 3% en aquellos casos en que se cuenta con un diagnóstico prenatal.(11)

3.3 PATOGENIA:

Las dos principales causas asociadas a vasa previa corresponden a la inserción velamentosa del cordón umbilical y la presencia de vasos que pasan entre lóbulos de la placenta, como en el caso de placentas bilobuladas o cotiledones aberrantes (4,5). Se ha involucrado fenómenos de fotrofismo, es decir involución o migración de cotiledones como consecuencia de la búsqueda de mejor nutrición a medida que progresa el embarazo, en la patogénesis de inserción velamentosa del cordón umbilical y vasa previa tipo I. Si la inserción del cordón umbilical ocurre en uno de estos cotiledones, especialmente en placentas de inserción baja o previa, la desaparición del tejido vellositario a este nivel ocasiona la inserción de un cordón en las membranas y la subsecuente ocurrencia de vasa previa. (11)

3.4 FACTORES DE RIESGO:

Existen varios factores de riesgo que se asocian a vasa previa, los que en su mayoría están condicionados a la presencia de vasos que corren cercanos al cuello uterino, tales como:

- Placenta de inserción baja,
- Placenta previa,
- Embarazos múltiples,
- Placentas multilobuladas
- Inserción velamentosa del cordón umbilical.

En forma general, la presencia de estos factores de riesgo o de un sangrado vaginal, hacen necesario descartar la existencia de vasa previa. (8,11) Varios investigadores han documentado que la placenta de inserción baja con vasa previa y con la inserción velamentosa del cordón, aproximadamente el 1.1% de las gestantes de entre 15 y 20 semanas.(7,8)

3.5 DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES:

Antes de la era de la ecografía el diagnóstico se realizaba intraparto o en el pre parto inmediato, por la aparición de los siguientes signos clínicos:

- Sangrado
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal
- Palpación de los vasos sanguíneos
- Tras el fallecimiento fetal

Además, el sangrado puede comenzar horas después de la amniorrexis espontánea, por lo que es de suma importancia el diagnóstico prenatal para controlar una entidad con tan alto grado de mortalidad fetal.(3) Actualmente el método confirmatorio es el Doppler Power Color.(13)

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación.

Estudio Descriptivo, prospectivo.

4.2 Unidad de Análisis.

Mujeres embarazadas que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt con embarazo de 28 semanas o más por Hemorragia del tercer trimestre, durante el año 2012.

4.3 Población y Muestra.

4.3.1 Universo:

Mujeres embarazadas con Hemorragia del tercer trimestre.

4.3.2 Selección de los sujetos a estudio

4.3.2.1 Criterios de Inclusión:

Mujeres embarazadas con hemorragia del tercer trimestre, con diagnóstico de Placenta previa, Abrupto placentae y Vasa previa.

4.3.2.2 Criterios de exclusión:

Mujeres con hemorragia vaginal, con otros diagnósticos

4.3.3 Definición y Operacionalización de variables.

4.3.3.1 Variables:

- a. Edad Materna
- b. Multiparidad
- c. Escolaridad
- d. Área Geográfica
- e. Embarazo Múltiple

- f. Cesárea previa
- g. Tabaquismo
- h. Hipertensión crónica e inducida por el embarazo
- i. Hemorragia vaginal
- j. Dolor Abdominal
- k. Hipertonía uterina
- l. Alteraciones del Foco cardiaco fetal
- m. Prematurez
- n. Bajo peso al nacer
- o. Asfixia perinatal
- p. Muerte fetal/neonatal

4.3.3.2 Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medida	Instrumento de Medición
Edad Materna	Edad fisiológica de una persona, en años desde su nacimiento hasta la fecha.	Edad en años de la paciente que se encuentra escrita en el expediente clínico	Cuantitativa Discreta	Razón	Años
Multiparidad	Dos Partos o más que ha tenido una mujer independiente mente si el producto nació vivo o no.	Número de Partos que ha tenido la paciente, con hijos vivos o muertos, que aparece en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Si No

Escolaridad	Grado escolar aprobado.	Grado escolar aprobado por la paciente, descrito en el expediente clínico.	Cualitativo	Ordinal	No Primaria Secundaria Diversificado Universitario
Área Geográfica	Territorio definido en un área determinada	Área Rural: Lugar determinado fuera de la capital	Cualitativa	Nominal	Si No
		Área Urbana Lugar determinado que se encuentra dentro de la capital	Cualitativa	Nominal	Si No
Embarazo Múltiple	Embarazo con dos fetos o mas	Embarazo con dos fetos o más, descrito en el expediente clínico,	Cualitativa	Nominal	Si No
Cesárea Previa	Procedimiento quirúrgico que se les realiza a las pacientes embarazadas para extraer al feto. En embarazos anteriores.	Procedimiento quirúrgico realizado en embarazos anteriores, para extraer al feto, registrados en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Si No
Tabaquismo	Habito de un individuo que consume tabaco	Consumo constante de cigarrillos por la paciente embarazada.	Cualitativa	Nominal	Si No

Hipertensión Arterial	Aumento de la Presión sanguínea arterial de 140 o más de presión sistólica y 90 o más de presión diastólica, en dos más tomas, separadas por un intervalo de 6 horas entre cada toma.	Hipertensión Crónica: Hipertensión arterial diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación, referida en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Si No
		Hipertensión inducida por el embarazo: Hipertensión arterial diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, descrita en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Si No
Hemorragia del Tercer trimestre	Hemorragia anormal a través de la vagina, después de las 27 semanas de gestación.	Hemorragia vaginal que se presenta de forma anormal durante el embarazo, después de las 27 semanas de gestación hasta el término, reportada en el expediente clínico. Con diagnóstico de Placenta	Cualitativa	Nominal	SI NO

		previa según ultrasonido, DPPNI según Ultrasonido y Vasa Previa según características clínicas.			
Dolor Abdominal	Sintomatología subjetiva que se refiere como sensación molesta a nivel del abdomen de origen desconocido	Sensación dolorosa referida por la paciente, con embarazo de 28 semanas o más, de origen uterino, de intensidad variable. Según lo refiera el examinador en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	SI NO
Hipertonía Uterina	Aumento sostenido de la contracción uterina	Contracción uterina mantenida que no permite la palpación adecuada de partes fetales, Según lo refiera el examinador en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Si No
Variaciones de la frecuencia cardíaca fetal	Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal fuera del límite normal. Mayor de 160 latidos/min o menor de 120.	Alteración del foco fetal fuera del límite normal registrado en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	SI NO

Prematurez	Niño nacido antes de completar las 37 semanas de gestación	Recién nacido con edad gestacional menor de 37 semana según la escala de Ballard	Cualitativa	Nominal	Si No
Bajo peso al nacer	Neonato con peso menor de 5 libras y 8 onzas (2500 gr) al nacer.	Recién nacido que al momento del nacimiento presenta un peso menor a 2500 gramos	Cualitativa	Nominal	Si No
Asfixia perinatal	Es la ausencia de respiración efectiva al momento del nacimiento con grados variables de acidosis, hipoxemia e hipercapnia.	Los parámetros a tomar en cuenta son: 1. Acidosis metabólica con ph menor a 7 de sangre del cordón umbilical. 2. Apgar menor o igual a 3 a los 5 minutos. 3. Alteración neurológica y/o falla orgánica.	Cualitativa	Nominal	Si No
Muerte	Cese de toda actividad vital en el organismo	Fetal: Falta de frecuencia cardíaca fetal antes de su nacimiento. Neonatal: Recien nacido que muere en las primeras 4 horas posteriores a su nacimiento.	Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal	SI NO Si No

4.4 Técnicas, Procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.

4.4.1 Técnica:

La técnica utilizada para la recolección de datos, será por medio de una boleta de recolección de datos, elaborada con preguntas abiertas y cerradas, que será llenada por el investigador con datos provenientes de la ficha clínica y el interrogatorio directo de la paciente. Para tabular los datos se utilizará el método de los palotes, y los resultados serán analizados por medio de estadística descriptiva y representada por medio de gráficas de barra y pastel.

4.4.2 Características de la técnica:

La concentración de la información y la conservación de ésta será por medio de la boleta de recolección de datos realizada, se aplicara la ciencia técnica de la estadística para cuantificar, medir y correlacionar los datos.

4.4.3 Técnicas de recolección de información

La recolección de datos de la presente investigación se realizará por medio de boletas de recolección de datos, que recolectaran los datos de las variables a estudio.

4.4.4 Procedimientos:

Primero se identificará a la paciente en el tercer piso preparto, se solicitará verbalmente autorización para participar en el estudio mediante entrevista directa, si la respuesta es afirmativa se realizará una pequeña orientación con lenguaje claro sobre el objetivo del estudio y se procederá a realizar una entrevista para obtener datos necesarios de las variables a estudio, con preguntas abiertas y cerradas encontradas en la ficha de recolección de datos, posteriormente se realizará una revisión del expediente clínico para completar los datos requeridos en la ficha de recolección de datos, la que será archivada.

Se tabularan los datos procedentes de la ficha de recolección de datos, mediante el método de los palotes, se utilizarán los diferentes métodos estadísticos para cuantificar, medir y correlacionar los datos obtenidos.

Se realizara un informe final con los resultados y las conclusiones de la investigación, representado con gráficas de barras y pastel.

4.5 Instrumentos:

La recolección de datos de la presente investigación se realizará por medio de boletas de recolección de datos, que será llenada por medio de la revisión del expediente clínico y por medio de entrevista directa con la paciente, que proporcionará los datos de las variables a estudio.

4.6 Plan de procesamiento y análisis de datos

4.6.1 Plan de procesamiento:

En la presente investigación se obtendrá la información sobre las variables a estudiar, mediante la entrevista con la paciente además de la hoja de recolección de datos, que será completada con la revisión de los expedientes clínicos. Las variables a estudio, las cuales se relacionan con hemorragias del tercer trimestre del embarazo, serán divididas según las características que se pretenden estudiar en:

Clínicas: hemorragia vaginal, dolor abdominal, hipertonía uterina y alteraciones del foco cardiaco fetal y Epidemiológicas: edad materna, multiparidad, escolaridad, área geográfica, embarazo múltiple, cesárea previa, tabaquismo y enfermedad hipertensiva en el embarazo.

Con los datos obtenidos se realizara una tabulación de los mismos, mediante el método de los palotes y cálculo de porcentajes, con el fin de obtener la incidencia del tipo de hemorragia del tercer trimestre, la característica clínica más común y la característica epidemiológica más frecuente en las pacientes a quienes se les diagnostica una de las patologías a estudiar.

4.6.2 Plan de análisis

Con los datos obtenidos y tabulados se realizará cálculo de porcentajes, para encontrar los valores de las variables cuantitativas, así como la realización de gráficas de barra y pastel que representen los mismos, mediante el programa de cálculo de Excel.

4.7 Alcances y límites de la investigación

4.7.1 Alcances:

Los alcances que se pretenden conseguir con la presente investigación es mejorar el conocimiento sobre las características epidemiológicas y características clínicas que presentan las pacientes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre del embarazo, así como las complicaciones fetales, lo cual permitirá un diagnóstico más temprano de éstas patologías y así disminuirá las complicaciones maternas y fetales que producen.

4.7.2 Límites:

Los factores que pueden delimitar la investigación son la falta de cooperación por parte de la paciente que cumpla los criterios de inclusión, ya sea por negación a la participación o por un mal estado general que imposibilite la realización de la entrevista, además de la dificultad para el libre acceso a los expedientes clínicos.

4.8 Aspectos éticos de la investigación:

En el presente estudio la metodología utilizada se basa en la evaluación de la información obtenida a partir de encuesta dirigida y la revisión de fichas clínicas, recopilada en boletas de recolección de datos de las pacientes con diagnóstico de Placenta previa, Abrupto placentae y Vasa previa, que se encuentran ingresadas en el tercer piso pre parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2012; se le informará a la paciente la importancia del estudio y se solicitará autorización voluntaria para participar en el estudio.

Siendo analizado de forma anónima, se implementará el principio ético de justicia al obtener los resultados de la investigación, ya que se determinara la importancia y el impacto de la implementación de un programa específico para este tipo de pacientes que consulten al Hospital Roosevelt. Determinando el estudio como Categoría I o sin riesgo, ya que es un estudio en la que no se realiza ninguna intervención en las variables que participan en dicho estudio.

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES CON
HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

**TABLA No.1: PATOLOGIA MÁS FRECUENTE DE LA HEMORRAGIA DEL
TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

PRESENTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Placenta Previa	35	83.3%
Abrupto placentae	6	14.3%
Vasa Previa	1	2.4%
TOTAL	42	100%

FUENTE: boleta de recolección de datos.

GRAFICA No.1

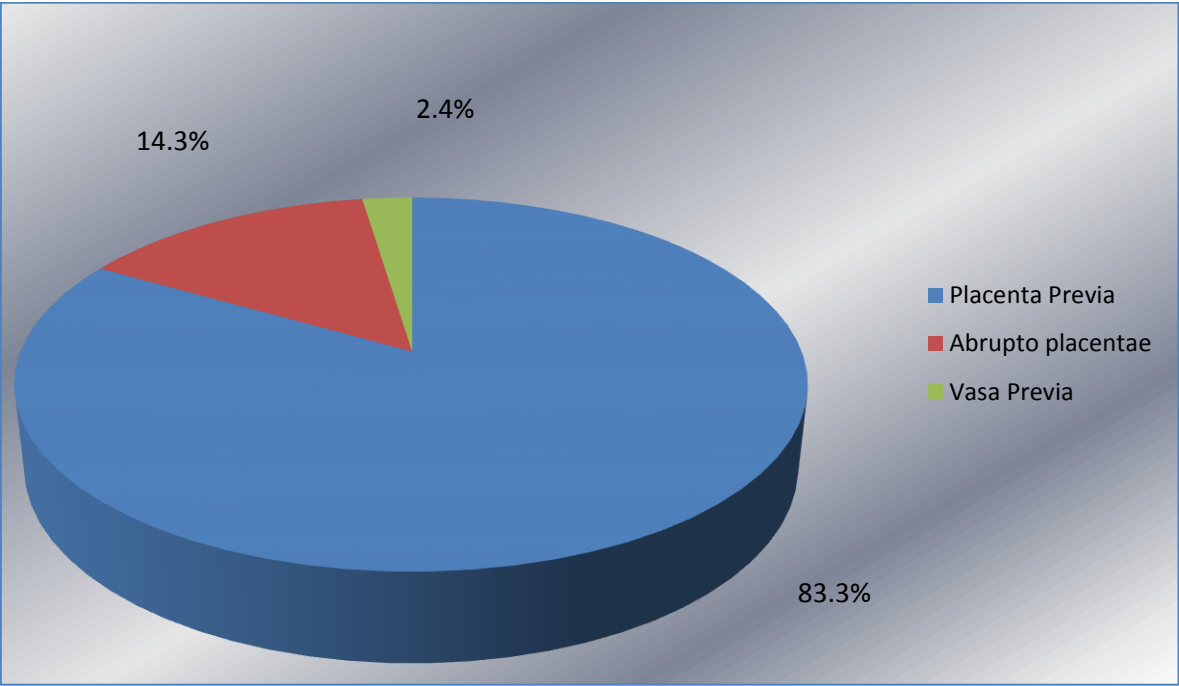


TABLA No. 2: SINTOMA Y SIGNO CLÍNICO MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADO A HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

SINTOMA Y SIGNO CLÍNICO		NUMERO DE CASOS	%
HEMORRAGIA VAGINAL	SI	35	83.3
	NO	7	16.7
DOLOR ABDOMINAL	SI	12	28.6
	NO	30	71.4
HIPERTONIA UTERINA	SI	8	19.0
	NO	34	81.0
ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL	SI	11	26.2
	NO	27	64.3

FUENTE: boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2

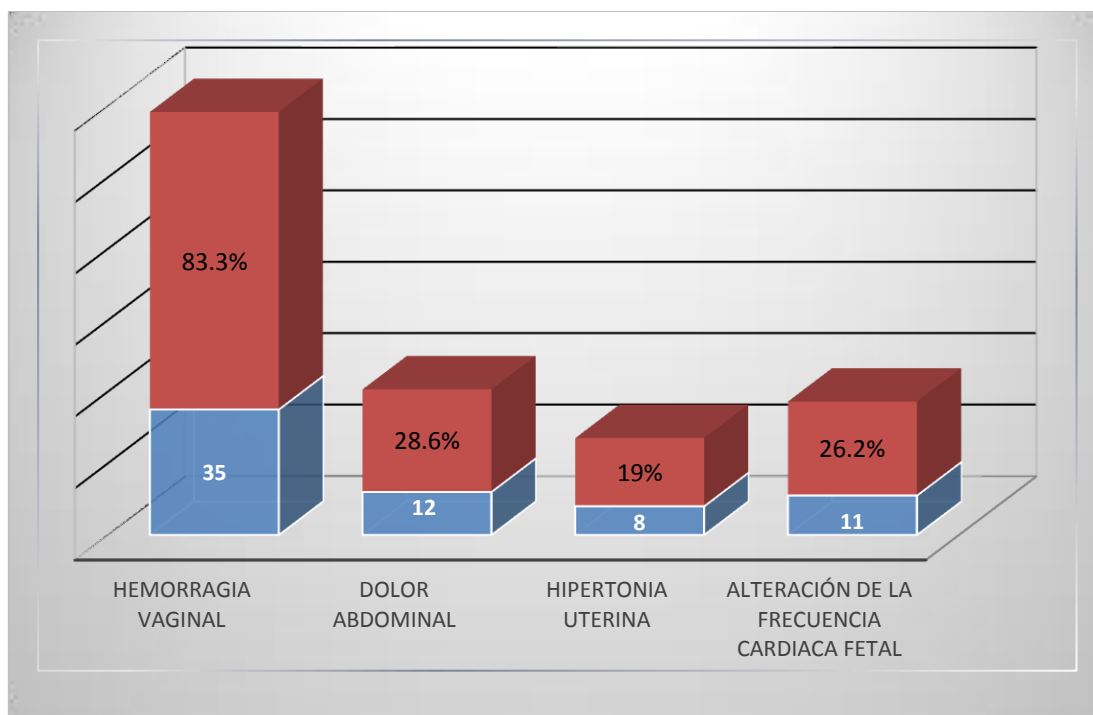


TABLA No. 3: CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADO A HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA		NUMERO DE CASOS	%
EDAD MATERNA	15 a 20	4	9.5
	21 a 25	10	23.8
	26 a 30	13	31.0
	31 a 35	10	23.8
	36 a 40	4	9.5
	Mayor de 40	1	2.4
MULTIPARIDAD	SI	35	83.3
	NO	7	16.7
ESCOLARIDAD	Analfabeta	11	26.2
	Primaria	19	45.2
	Secundaria	6	14.3
	Diversificado	4	9.5
	Universitario	2	4.8
ÁREA GEOGRÁFICA	Rural	29	69.0
	Urbana	13	31.0

FUENTE: boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 3

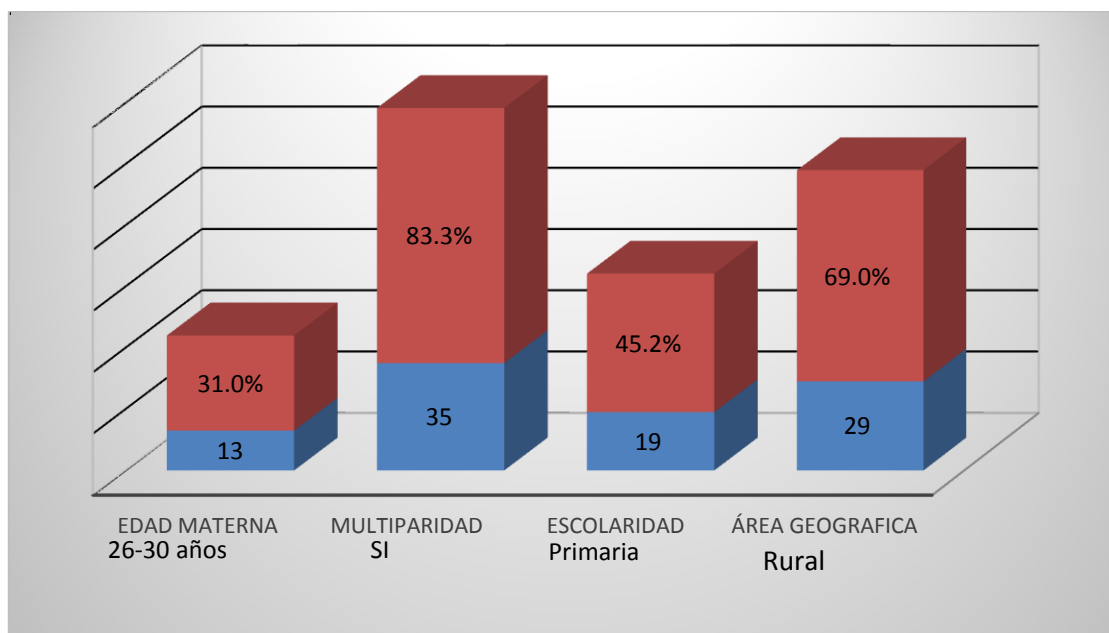


TABLA No. 4: CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADO A HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA		NUMERO DE CASOS	%
EMBARAZO MULTIPLE	SI	1	2.4
	NO	41	97.6
CESAREA PREVIA	SI	27	64.3
	NO	15	35.7
TABAGISMO	SI	5	11.9
	NO	37	88.1
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA			
Crónica	SI	6	14.3
	NO	36	85.7
Hipertensión inducida por el embarazo	SI	12	28.6
	NO	30	71.4

FUENTE: boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 4

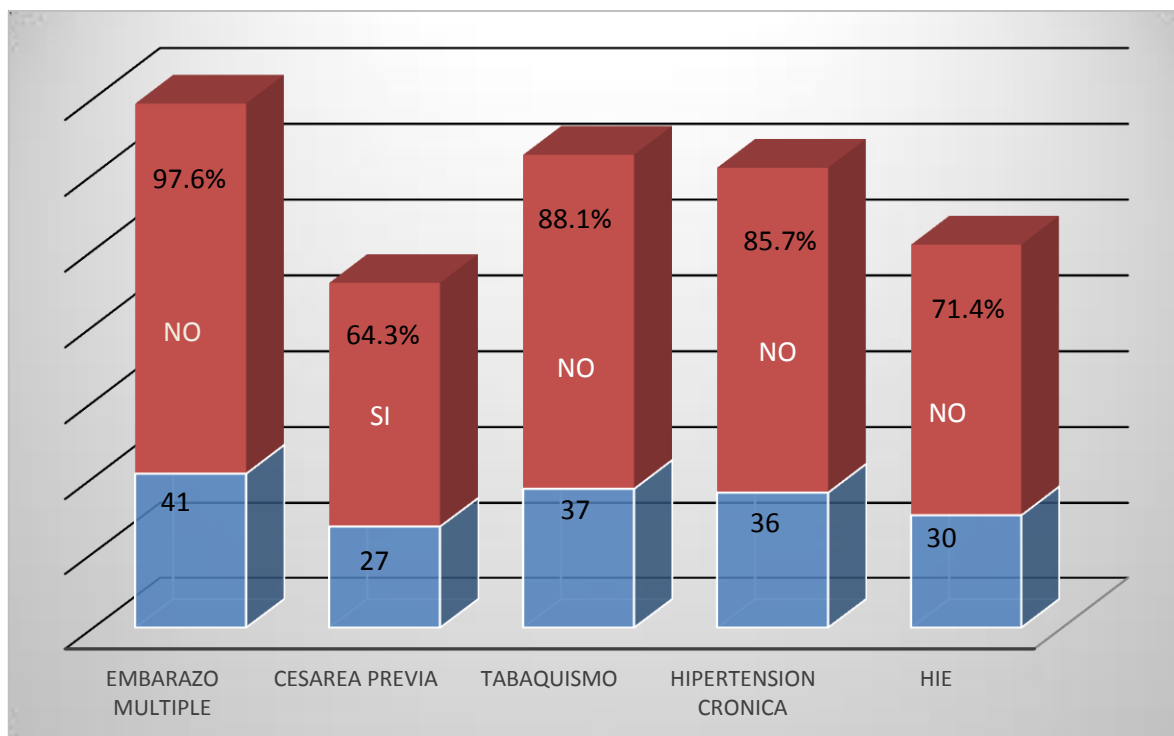
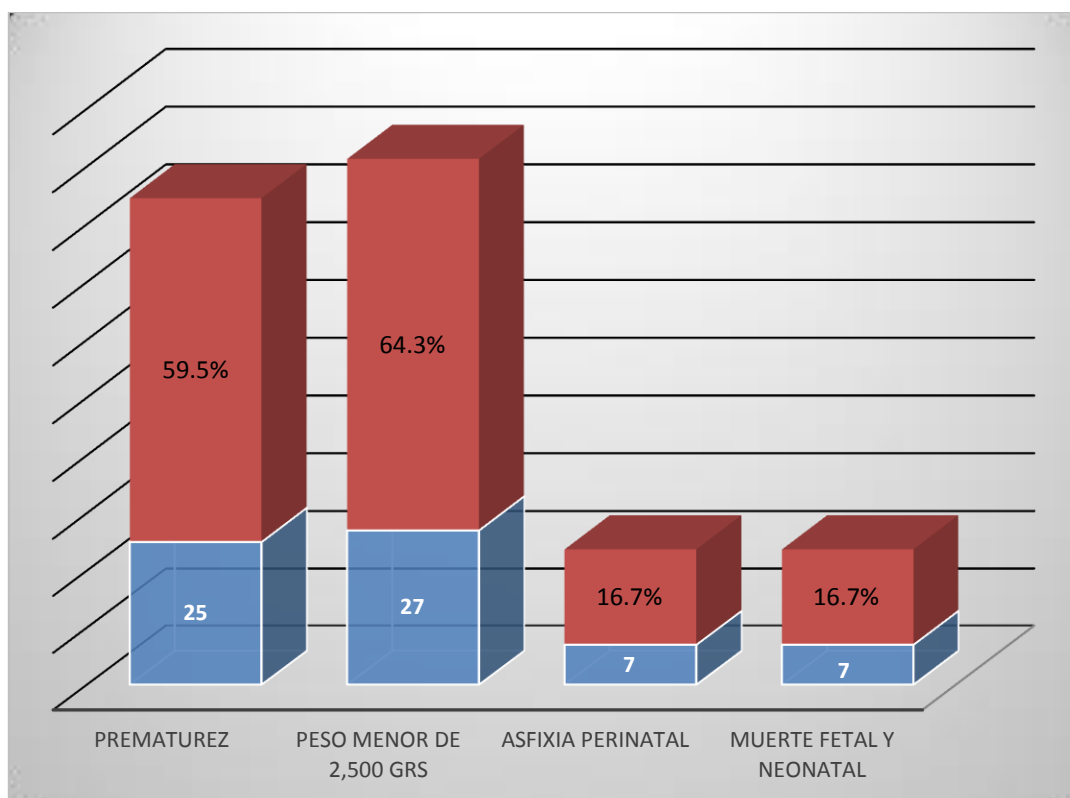


TABLA No. 5: ESTADO FETAL ASOCIADO A HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

ESTADO FETAL	CASOS	%
PREMATUREZ	25	59.5
PESO MENOR DE 2,500 GRS	27	64.3
ASFIXIA PERINATAL	7	16.7
MUERTE FETAL Y NEONATAL	7	16.7

FUENTE: boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 5



V. RESULTADOS

En el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el año 2012, se ingresaron 10,432 pacientes en los diferentes servicios, de los cuales 42 pacientes se diagnosticaron con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, siendo una frecuencia del 0.40% de la morbilidad reportada en el departamento. En el presente estudio descriptivo, retrospectivo realizado durante el año 2012, se incluyeron como muestra poblacional a las mujeres con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre, encontrando:

La patología asociada a hemorragia del tercer trimestre del embarazo que se presentó con mayor frecuencia fue Placenta previa que correspondió al 83.3%, seguido por abrupto placentae con 14.3% y vasa previa 2.4%.

La característica clínica que con mayor frecuencia se presentó en las pacientes sometidas a estudio fue hemorragia vaginal con un 83.3%, seguido por dolor abdominal con 28.6% y alteración de la frecuencia cardíaca fetal con un 26.2% y un menor porcentaje de hipertensión uterina con un 19%.

Dentro de las características epidemiológicas: La edad materna promedio que con mayor frecuencia se asoció a hemorragia del tercer trimestre del embarazo fue de 26 a 30 años con una mediana de 28 años que correspondió al 31%, el 83.3% eran multíparas, el 45.2% tenían un grado de escolaridad bajo, a nivel primario, la mayoría de las pacientes provenían del área rural con un 69%, el 64.3% tenían el antecedente de cesárea en embarazos previos, y el 28.6% se asoció a hipertensión inducida por el embarazo. De las pacientes sometidas al estudio el embarazo múltiple representó un 2.4%, el antecedente de tabaquismo durante el embarazo fue un 11.9%, y la presencia de enfermedad hipertensiva crónica en un 14.3%.

Las complicaciones fetales que se presentaron con mayor frecuencia en las pacientes con hemorragia del tercer trimestre fueron bajo peso al nacer con un 64.3%, prematuridad con un 59.5% así como asfixia perinatal y muerte fetal y neonatal con un 16.7%.

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

En el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el año 2012, se ingresaron 10,432 pacientes en los diferentes servicios, de los cuales 42 pacientes se diagnosticaron con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, siendo una frecuencia del 0.40% de la morbilidad reportada en el departamento. En el presente estudio descriptivo, retrospectivo realizado durante el año 2012, se incluyeron como muestra poblacional a las mujeres con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre, encontrando:

La patología asociada a hemorragia del tercer trimestre del embarazo que se presentó con mayor frecuencia fue Placenta previa que correspondió al 83.3%, seguido por abrupto placentae con 14.3% y vasa previa 2.4%. Lo cual consideramos que es debido al sub diagnóstico, falta adecuada de registro y falta de tecnología adecuada para su diagnóstico.

La característica clínica que con mayor frecuencia se presentó en las pacientes sometidas a estudio fue hemorragia vaginal con un 83.3%, seguido por dolor abdominal con 28.6% y alteración de la frecuencia cardíaca fetal con un 26.2% y un menor porcentaje de hipertensión uterina con un 19%, encontrando que estas últimas no son significativas dado que su presencia no es necesaria para el desarrollo de hemorragias del tercer trimestre del embarazo.

Dentro de las características epidemiológicas: La edad materna promedio que con mayor frecuencia se asoció a hemorragia del tercer trimestre del embarazo fue de 26 a 30 años con una mediana de 28 años que correspondió al 31%, el 83.3% eran multíparas, el 45.2% tenían un grado de escolaridad bajo, a nivel primario, la mayoría de las pacientes provenían del área rural con un 69%, el 64.3% tenían el antecedente de cesárea en embarazos previos, y el 28.6% se asoció a hipertensión inducida por el embarazo. De las pacientes sometidas al estudio el embarazo múltiple representó un 2.4%, el antecedente de tabaquismo durante el embarazo fue un 11.9%, y la presencia de enfermedad hipertensiva crónica en un 14.3%. Concluyendo que las características epidemiológicas más significativas fueron multiparidad, procedencia del área rural y antecedente de cesárea en embarazos previos, siendo las otras no significativas.

Las complicaciones fetales que se presentaron con mayor frecuencia en las pacientes con hemorragia del tercer trimestre fueron bajo peso al nacer con un 64.3%, prematuridad con un 59.5% así como asfixia perinatal y muerte fetal y neonatal con un 16.7%, concluyendo que la hemorragia del tercer trimestre del embarazo es una importante causa de morbilidad y mortalidad neonatal.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** La patología asociada a hemorragia del tercer trimestre del embarazo que se presenta con mayor frecuencia es Placenta previa que corresponde al 83.3%, seguido por abrupto placentae con 14.3% y vasa previa 2.4%.
- 6.1.2** La característica clínica que con mayor frecuencia presentaron las pacientes sometidas a estudio fue hemorragia vaginal con un 83.3%, seguido por dolor abdominal con 28.6% y alteración de la frecuencia cardiaca fetal con un 26.2% y un menor porcentaje de hipertensión uterina.
- 6.1.3** Dentro de las características epidemiológicas: la edad materna promedio que con mayor frecuencia se asoció a hemorragia del tercer trimestre del embarazo fue de 26 a 30 años con una mediana de 28 años que correspondió al 31%.
- 6.1.4** De las pacientes sometidas al estudio con diagnóstico de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo el 83.3% eran multíparas.
- 6.1.5** En cuanto a las pacientes sometidas al estudio el 45.2% tenían un grado de escolaridad bajo, a nivel primario.
- 6.1.6** La mayoría de las pacientes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre provenían del área rural que correspondió a un 69%.
- 6.1.7** El antecedente de cesárea en embarazos previos se asoció en un 64.3% a la hemorragia del tercer trimestre.
- 6.1.8** En las pacientes con hemorragia del tercer trimestre el 28.6% se asoció a hipertensión inducida por el embarazo.
- 6.1.9** De las pacientes sometidas al estudio el embarazo múltiple representó un 2.4%, antecedente de tabaquismo un 11.9%, y la presencia de enfermedad hipertensiva crónica en un 14.3%, por lo que su presencia no generó cambios significativos para que se presente hemorragia del tercer trimestre.
- 6.1.10** Las complicaciones fetales que se presentaron con mayor frecuencia en las pacientes con hemorragia del tercer trimestre fueron bajo peso al nacer con un 64.3%, prematuridad con un 59.5% así como asfixia perinatal y muerte fetal y neonatal con un 16.7%.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Primero que todo se debe de mejorar la atención médica a nivel del área rural y facilitar el acceso a los servicios de salud mediante nuevas políticas de creación de centros asistenciales por parte del ministerio de salud pública.
- 6.2.2** Mejorar los programas de planificación familiar en los diferentes centros asistenciales, que brinden asesoría adecuada en diferentes idiomas para favorecer el entendimiento de y correcta aplicación de la misma.
- 6.2.3** Crear programas de actualizaciones médicas en cada área de salud, para mejorar el conocimiento y las competencias de los profesionales de la salud y así facilitar la identificación temprana de pacientes con riesgo de desarrollar hemorragias del tercer trimestre del embarazo.
- 6.2.4** Mejorar los recursos tanto materiales como humanos en los distintos servicios de salud que permitan realizar el diagnóstico temprano de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, lo cual favorecerá la referencia oportuna a centros hospitalarios del tercer nivel para su tratamiento adecuado.
- 6.2.5** A nivel hospitalario mantener los recursos materiales y equipo necesario, así como el recurso humano para poder realizar una evaluación médica adecuada e integral de cada paciente, mejorando así la atención personalizada.
- 6.2.6** Equipar adecuadamente los diferentes servicios hospitalarios para poder realizar un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo, y permitirá tratar de forma adecuada las posibles complicaciones que dichas pacientes presenten; disminuyendo así la morbilidad y mortalidad materno-fetal que dichas patologías causan.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dr Guillermo Vergara Sagbini, et al. Protocolo de Placenta Previa. E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Diciembre, 2009. <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co>
2. Hemorragias del segundo y tercer trimestre de la gestación. Protocolo #, Capitulo VI. www.galenored.com/trabajos/archivos/343.doc
3. Dr. C. Lopez Ramón y Cajal, et al. Diagnóstico Prenatal de Vasa Previa. Unidad de diagnóstico prenatal, Servicio de Obstetricia. Hospital Xeral de Vigo. 2001;44:505-511.
4. Craig V. Towers MD, Richard A Pircon MD and Martha Heppard MD, et al. Is Tocolysis safe in the management of third-trimester bleeding?. Department of Obstetrics and Gynecology, University of California, Irvine, Long Beach Memorial Women's Hospital. Long Beach, California. September 16-20, 1998. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volumen 180, Issue 6, June 1999, pages 1572-1578.
5. Fernanda Castilla, Alcira Montoya, Américo Fernandez, et al. Desprendimiento prematuro de placenta. Ginecología y Obstetricia- Vol. 43 No 2 Agosto 1997. Paginas 125-31.
6. Ariana Isla Valdez, Jeddu Cruz Hernandez, Alejandro Velasco Boza, Pilar Hernandez García, Rebeca Fajardo Puig, Aliucha Diaz Curbelo, et al. Comportamiento de la Placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", periodo 2003-2005. Revista cubana de Medicina General Integral, versión impresa ISSN 0864-2125.
7. M. P. Andrés, O. Gil, M. Lapresta, R. Crespo, I. Marquina, J.J. Tobajas, et al. Inserción velamentosa de cordón umbilical y rotura de un vaso previo con evolución neonatal favorable. Servicio de Obstetricia. Hospital universitario Miguel Servet. Zaragoza, España. 2007;34(4):160-2.
8. André F. Lijoi, MD and Joanna Brady, Md et al. Vasa Previa Diagnosis and Management. Department of Family Practice, York Hospital, York. Pennsylvania. J Am Board Fam Med. 2003;16(6). Pages 543-8.

9. J. Mena, M.L. López-Hidalgo, E. López-Herrero, A. Rodríguez y L. Cóndor, et al. Abruptio placentae 2001-2003. Cátedra y servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico universitario Virgen de la Victoria. Malaga, España. 2005;32(4):138-44.
10. J.A. Aguirregoikoa, J. Burgos, J. Moreno, M. Albisu, E Urquijo, R. Larrieta y L. Fernández-Llebrez, et al. Inserción velamentosa del cordón umbilical. Rotura intraparto. Unidad de Medicina Perinatal. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkala. España. 2006;33(1):38-40.
11. Drs. René Pérez, Waldo Sepúlveda L. et al. Vasa Previa. Unidad de Ultrasonido, Hospital Barros Luco. Santiago, Chile. Unidad de Ultrasonido, Hospital Militar, Santiago, Chile. (www.ivpf.org).
12. Sixto E. Sanchez, Michelle A. Williams, Percy N. Pacora, Cande V Ananth, Chungfang Qiu, Sheena K. Aurora, Tanya K Sorensen, et al. Risk of Placental Abruption in Relation to Migraines and Headaches. BMC Women's Health. 2010;10(1). Disponible en www.medscape.com. Pages 1 to 13.
13. F. S. Eadie, MD and J. H. Randall, MD, et al. Bleeding in Late Pregnancy. Department of Obstetrics and Gynecology, State University of Iowa, Iowa City, Iowa. January, 1954, vol. 3, No. 1. Pages 11 to 18.
14. Getahun, Darios MD, MPH; Oyelese Yinka MD, Salihú, Hamisu M. MD. Ananth, Cande V. PhD, MPH, et al. Previous Cesarean Delivery and Risk of Placenta Previa and Placental Abruption. Obstetrics & Gynecology. April 2006- Volume 107- issue 4- pp 771-778.
15. Yinka Oyelese, MD, Val Catanzarite, MD, Federico Prefumo, MD, Susan Lashley, MD, Morey Schachter, MD, Yosi Tovbin, MD, Victoria Goldstein, MBA and Jonh C. Smulian, MD, MPH. et al. Vasa Previa: The Impact of Prenatal Diagnosis on Outcomes. American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Lippincott Williams & Wilkins. AOG. 0000123245.48645.98.
16. Jorge Antonio Cubides Amezquita, Viviana Romero Nossa. Et al. Hemorragia del Tercer Trimestre. Hospital de Yopal, E.S.E. Programa de Servicios ambulatorios de Urgencias y Consulta Externa del Hospital Yopal. E.S.E.
17. Vispo Silvina N., Dr. Casal Juan P., Dr. Casal Juan I., Waisblatt Luciana, Karatanasópuloz Carlos M. et al. Abrupto Placentae: Revisión. Revista de post grado de la Cátedra Via Medicina N° 109-Octubre/2001. Paginas 18-21.

18. Alfredo Martell, Aristóbulo Astorga, et al. Hemorragias del Tercer Trimestre. Libro de Obstetricia Moderna, McGraw-Hill Interamericana, FUNDAFER, Venezuela, Tercera Edición, 2008. Capitulo 19. www.fertilab.com
19. Dr. Jesús Hernández Cabrera, et al. Placenta Previa. Incidencia, Algunas consideraciones y su repercusión en la morbilidad perinatal y materna, 1995-1996. Hospital docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina". 1998;24(2):92-7.
20. Y. Jubete, J. R. de Miguel, et al. Estudio de 101 casos de Abrupto placentae. Formas Clínicas y Repercusión perinatal. Hospital Universitario Márquez de Valdecilla, Santander. 2002;45(10):427-35.
21. Criseida Soto García, Fernando Germes Piña, et al. Rotura del Cordón Umbilical y vasa previa: Comunicación de un caso. Ginecología y obstetricia de Mexico. 2007;75:214-8.
22. Dr. Ruben Gonzalez G, et al. Placenta previa: Clasificación. Unidad de Ultrasonografía comunal, Pedro Aguirre Cerda, Servicio Salud Metropolitano Sur. Integramédica. Santiago, Chile. Revista Chilena de Ultrasonografía. Vol 10/No 3/2007. Paginas 84-91.
23. J. R. de Miguel, Ma. T. Escudero, Y. Jubete D. Cuevas, et al. Placenta previa con clínica y hallazgos quirúrgicos de Abrupto placentae. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Vol XIII, No 1 Enero-Febrero 2001. Paginas 45-48.
24. Dra. Isabel Cristina Carbonell García, Dr. Reinaldo López Barroso, Dra. Yelina Alba Arias, Lic. Tania Gómez Padró, Lic. Liurka Smith Salazar, Dra. Mireya Álvarez Toste, Dr. Sergio Salvador Álvarez, Dr. Disnardo Raúl Pérez González, Dr. Rafael Cordero Isaac, et al. Caracterización Clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave, Santiago de Cuba, 2009. Centro provincial de Higiene, epidemiología y microbiología. Santiago de Cuba. Paginas 157-159.
25. Dr. Aníbal Oscana. Placenta Previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. Docente de la facultad de Medicina San Fernando, UNMSM, departamento académico de Obstetricia y Ginecología. 2005;51:219-224.
26. Dra. Gladis Adriana Vélez Alvarez, Dr. Bernardo Agudelo Jaramillo. Iniciativa Regional de Reducción de la Mortalidad Materna, CLAP/SMR – OPS/OMS. Guía Manejo de la Hemorragia Obstétrica. "Codigo Rojo". Antioquia, Colombia, Septiembre del 2007 a Agosto 2010. Paginas 3-16.

27. Dra. Meliza Mejía Monroy, Dr. Carlos Cifuentes De León, Dr. Estuardo Recinos Flores, Dr. Luis Laguardia Guzman. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Programa de Salud Reproductiva. Manual de Código Rojo para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Segunda Edición 2014. Páginas 5-25.
28. Dra. Ana María Aguilar Solano, Dr. Bonifacio Caballero Noguez, Dra. Ana Teresa Chávez Ramírez, Dr. Noé Hernández Romero, Dra. Luz Angélica Ramírez García, Dr. Juan Luis Trejo Maya. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal. 2011. Página 8.

VIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: _____

EXPEDIENTE CLINICO: _____

EDAD: _____

ANTECEDENTES:

GESTAS: _____ PARTOS: _____ CESÁREAS: _____

ESCOLARIDAD: PRIMARIA: _____ SECUNDARIA: _____

DIVERSIFICADO: _____ UNIVERSITARIA: _____

ÁREA GEOGRÁFICA: URBANA _____ RURAL: _____

FUMADORA: SI: _____ NO: _____

PADECE DE HIPERTENSION ARTERIAL:

CRÓNICA: SI: _____ NO: _____

EMBARAZO ACTUAL:

EDAD GESTACIONAL: _____

TIENE EMBARAZO MULTIPLE: SI: _____ NO: _____

PADECE DE HIPERTENSION ARTERIAL:

HIE: SI: _____ NO: _____

PRESENTA HEMORRAGIA VAGINAL: SI: _____ NO: _____

PRESENTA DOLOR ABDOMINAL: SI: _____ NO: _____

EXAMEN FÍSICO:

HIPERTONÍA UTERINA: SI: _____ NO: _____

ALTERACIÓN DEL FCF: SI: _____ NO: _____

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:

PES: _____ CSTEP: _____

COMPLICACIONES:

MATERNAS:

ANEMIA: SI: _____ NO: _____

SHOCK HIPOVOLEMICO: SI: _____ NO: _____

ATONIA UTERINA: SI: _____ NO: _____

HAT OBSTETRICA: SI: _____ NO: _____

FETALES:

BAJO PESO AL NACER: SI: _____ NO: _____

PREMATUREZ: SI: _____ NO: _____

ASFIXIA PERINATAL: SI: _____ NO: _____

MUERTE FETAL: SI: _____ NO: _____

MUERTE NEONATAL: SI: _____ NO: _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede el permiso para la reproducción total o parcial y por cualquier medio de la tesis titulada **CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**, para pronósticos de consulta académica; sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción y comercialización total o parcial.