

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

## **HEMORRAGIA UTERINA EN EL EMBARAZO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

GUADALUPE OROZCO RUÍZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

## **HEMORRAGIA UTERINA EN EL EMBARAZO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

GUADALUPE OROZCO RUÍZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

	<b>Pág.</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>1</b>
1.1 Antecedentes de Hemorragias Uterinas en el Embarazo .....	3
1.2 hemorragias uterinas en los tres trimestres de embarazo.....	5
1.2.1 Causas de las hemorragias uterinas .....	6
1.2.2 Síntomas de las hemorragias uterinas.....	7
1.3 Hemorragias del primer trimestre de embarazo .....	7
1.3.1 El aborto.....	9
1.3.2 Embarazo ectópico .....	19
<b>CAPÍTULO II: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA DE LA GESTACIÓN</b> .....	<b>22</b>
2.1 Hemorragia en el segundo y tercer trimestre de embarazo .....	25
2.1.2 Desprendimiento prematuro de la placenta normoinsecta (DPPNI) .....	27
2.1.3 Placenta previa .....	32
2.1.4 Hemorragia fetal aguda letal por rotura de vasa previa .....	37
2.2 Intervenciones de enfermería.....	37
2.3 Código de ética.....	38
2.4 Código de Ética de las Enfermeras.....	39
2.5 Decálogo para las enfermeras y enfermeros de México .....	41
<b>CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>43</b>
3.1 Justificación .....	44
3.2 Objetivo General.....	45
3.2.1 Objetivos Específicos.....	46
3.3 Hipótesis .....	46
3.4 Estrategia Metodológica.....	47
<b>CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>53</b>
CONCLUSIÓN	
GLOSARIO	
FUENTES DE CONSULTA	
ANEXOS	

## DEDICATORIAS - AGRADECIMIENTOS

### A DIOS

El que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer y permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más.

### A MIS PADRES: **Artemio e Irma**

Por ser las personas que me han acompañado en todo mi trayecto de vida, a mi papá el gran ejemplo que es por el apoyo incondicional y económico que siempre tuve. A mi mamá por cuidarme, amarme, alimentarme y apoyarme siempre, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más en mis años de carrera,

Sin ellos sería imposible culminar mis estudios. Destinando tiempo a enseñarme nuevas cosas, para brindarme aportes invaluable que me servirán para toda la vida

### A MIS HERMANOS: **Temo y Felipe de Jesús**

Quienes siempre han estado junto a mí y brindándome su apoyo incondicional muchas veces poniéndose en el papel de padre.

### A LA INSTITUCIÓN:

Que me abrió sus puertas para ser mejor persona y buenos profesionales de la salud, por el tiempo, el apoyo, la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

No ha sido sencillo el camino pero gracias a sus aportes, amor, comprensión y apoyo lo complicado de lograr en esta gran meta se ha notado menos.

Porque han sido la base de mi formación, cada uno de ustedes ha aportado grandes cosas a mi vida, y me han ayudado a enfrentar la gran tarea de encararme con la sociedad, les agradezco por todo.

He logrado concluir una etapa más de vida.

## INTRODUCCIÓN

En esta investigación donde se anticipa el tema de las “**Hemorragias uterinas durante el embarazo**” se muestran marco teórico, planteamiento del problema, justificación, objetivo general y específico e hipótesis, metodología y descripción de los resultados.

El embarazo en una mujer es un proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado, cuando se une el espermatozoide con el ovulo y termina cuando ocurre el parto.

Sin embargo, a través de los 9 meses que dura la gestación, se pueden presentar complicaciones dependientes del mismo proceso de gestación o de algunos problemas que se afectan con la presencia del embarazo o la presencia de enfermedades que no tienen que ver con el embarazo.

La más frecuente y principal complicación durante el embarazo es la hemorragia obstétrica. Se puede presentar durante la primera mitad del embarazo, durante la segunda mitad o inmediatamente antes del parto y durante el posparto

En el mundo, las hemorragias obstétricas son la causa principal de muerte materna, una de los problemas principales es que esta complicación usualmente se presenta en forma súbita, y no siempre contamos con la capacidad resolutive adecuada para su manejo.

Con esta tesis, se menciona el tipo de hemorragias que se presentan durante el primer, segundo y tercer trimestre de gestación tratando de que nuestra sociedad tenga más conocimiento acerca de las hemorragias obstétricas.

Mencionando las principales complicaciones o patologías que se presentando en cada trimestre de gestación, diagnóstico, etiología, medidas generales, tratamiento y sus posibles complicaciones que se presente.

# **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

Dado que la mirada central de la tesis estará puesta en las hemorragias uterinas en el embarazo como investigación de abordaje hacia la orientación y sensibilización de la población femenina, es necesario plantear algunos parámetros que sirvan de conceptos sobre los que apoyar la lectura. Para comenzar a entender algunos conceptos, del mismo modo que son definidos por el Médico Alfonso Zamudio, en la materia de Obstetricia de nivel de licenciatura 2015.

## **Ginecología**

En la materia de ginecología se dice que es la rama de la medicina que se ocupa del aparato genital femenino y sus enfermedades, incluidas las glándulas mamarias. (Zamudio, A. 2015)

## **Obstetricia**

Es la rama de la medicina encargada del estudio de la mujer embarazada que incluye el embarazo, el parto y el puerperio.

## **Embarazo**

Es el estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la octava semana y hasta el parto se llama feto.

## **Parto**

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

El parto en función a la edad gestacional del feto, se clasifica:

Parto pre termino: expulsión del feto fuera del organismo materno, cuando tiene una edad gestacional entre 22 y menos de 37 semanas.

Parto a término: expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional entre 37 y menos de 42 semanas.

Parto post-termino: expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional de 42 semanas o más.

## **Hemorragia Uterina Obstétrica:**

Termino utilizado para el sangrado que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio. Sangrado que puede aparecer por los genitales externos o más peligrosamente, una hemorragia intra abdominal. El sangrado puede ser un evento característico del embarazo mismo, pero otras circunstancias pueden causar sangrados más voluminosos. El sangrado obstétrico es una causa de mortalidad materna.



## **Mortalidad Materna:**

La mortalidad materna o muerte materna o de mujeres gestantes es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo.

A continuación estaré describiendo algunas patologías que se registran durante el embarazo de las hemorragias uterinas de cada trimestre.

Lo normal es que durante el embarazo no haya ningún tipo de sangrado transvaginal, sin embargo entre un 5 y 10% de las embarazadas llegan a tener algún tipo de sangrado que puede ser de diferentes etiologías.

### **1.1 Antecedentes de Hemorragias Uterinas en el Embarazo**

La hemorragia uterina es el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio. Produciéndose a través de la vagina en cualquier etapa del embarazo y a cualquier edad de la paciente. Cuando la mujer presenta este tipo de sangrados excesivos puede llegar a correr peligro la vida tanto de la madre para el feto y cuya presencia no está justificada.

La hemorragia uterina es un tipo de sangrado anormal que se presenta sólo en mujeres, proviniendo del endometrio y provocada por alteraciones hormonales, no guardando alguna lesión, infecciones, embarazos o algún tumor. Se presenta más comúnmente en mujeres mayores de 45 años y en mujeres adolescentes.

El sangrado obstétrico puede ser un evento característico del embarazo mismo, pero otras circunstancias pueden causar sangrados más abundantes. El sangrado obstétrico es una causa principal de mortalidad materna.

Las hemorragias uterinas graves son aquellas con una pérdida de sangre del 25% de volemia, caída de hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicas o pérdida mayor de 150 ml/min. Dando resultados de múltiple factores biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos, que influyen en ella.

Aquellas hemorragias que se dan en el posparto son las que alcanzan una pérdida de 500 mililitros o más en un lapso de 24 horas después del parto. Mientras que las hemorragias graves puede llevar a una pedida de sangre de 1000 mililitros o más dentro del mismo tiempo.

Este tiempo de hemorragias afecta aproximadamente el 2% de todas las mujeres parturientas. Está asociada en un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo de igual forma en una de las causas principales de mortalidad en los países de ingresos bajos por no recibir una buena atención o por no haberse informado de una manera correcta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo se presentan alrededor de 500,000 muertes maternas anuales.

Hay varias causas que pueden producir sangrado vaginal durante el embarazo. Algunas son graves y otras no. Por ello según en el momento de la aparición se puede dividir las causas de hemorragia en el primer trimestre del embarazo.

La mayoría de las veces el tratamiento para el sangrado es el reposo. Es importante informar al personal de la salud de atención medica para que realicen exámenes para de esta manera averiguar las causas de sangrado de igual forma tomarse un tiempo libre, descansar los pies, no tener relaciones sexuales, no usar duchas vaginales esto no se debe realizar en ninguna etapa del embarazo, no usar tampones. Así pues el sangrado muy abundante puede requerir hospitalización o intervención quirúrgica.

A continuación se visualiza la historia de las patologías y sus principales consecuencias de cada trimestre del embarazo en que se presente algún tipo de hemorragia uterina.

En el presente capítulo se observó los antecedentes y algunas de las patologías de las hemorragias uterina durante el embarazo y sus principales consecuencias.

## **1.2 hemorragias uterinas en los tres trimestres de embarazo**

Se entiende por hemorragia durante el embarazo el sangrado que se produce a través de la vagina en cualquier momento de la gestación. Las hemorragias durante el embarazo se han dividido en tres grupos: las que se producen durante el primer trimestre, las del segundo trimestre y las que se producen durante el tercer trimestre.

Las hemorragias en el primer trimestre de embarazo, es decir, durante los primeros tres meses, son muy frecuentes y pueden obedecer a una amplia variedad de causas.

Toda paciente con una hemorragia en el primer trimestre debe acudir al ginecólogo para evaluar la viabilidad y el estado de la gestación. Se debe realizar una exploración pélvica y una ecografía por vía transvaginal. En la ecografía el especialista puede visualizar al embrión y comprobar su latido cardíaco.

Si a las ocho semanas de gestación se observa por ecografía un embrión vivo con latido cardíaco positivo, significa que en el 95% de los casos el embarazo continuará sin problemas. A medida que avanza la gestación, el riesgo de aborto disminuye, siendo el índice de pérdida fetal de un 1% si se observa un feto vivo a las 14 o 16 semanas.

Las causas principales son: el aborto, amenaza de aborto, embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica. Pueden existir otras causas distintas, como son lesiones a nivel de la vagina o a nivel del cuello uterino que pueden dar manifestaciones hemorrágicas.

Durante el segundo trimestre, es decir, del cuarto al sexto mes y tercer trimestre que son los últimos tres meses también ocurren, aunque con menos frecuencia y pueden ocurrir antes. En cualquier caso, si se observa que hay manchas, aunque sea leve tanto en cantidad como en color, se debe acudir al ginecólogo.

Las principales causas de hemorragia son: la placenta previa (placenta que se inserta sobre o muy cerca al cuello uterino), el desprendimiento prematuro de placenta (placenta se desprende antes de su debido tiempo, que sería normalmente después del nacimiento del bebé) y lo que se denomina vasa previa (se rompen unos vasos del cordón que se sitúan por delante de la presentación fetal).

A continuación se describen ampliamente las causas de las hemorragias uterinas:

### **1.2.1 Causas de las hemorragias uterinas**

Para poder confirmar el diagnóstico, se debe descartar el origen del sangrado, ya que se pueden producir sangrados de causa extra genital que pueden inducir a error, como las hematurias (sangrado proveniente del aparato urinario), y las rectorragias (sangrado procedente del aparato digestivo, concretamente del tramo inferior y casi siempre debido a hemorroides).

### **1.2.2 Síntomas de las hemorragias uterinas**

Son característicos en cada uno de ellas. La placenta previa suele producir una hemorragia de sangre roja, fresca, sin que se acompañe de dolor abdominal, mientras que el desprendimiento prematuro de placenta suele ser una sangre oscura, aunque en ocasiones puede ser también roja y generalmente va a venir acompañado de molestias o de dolor abdominal intenso debido a las contracciones uterinas.

### **1.3 Hemorragias del primer trimestre de embarazo**

Las hemorragias gravídicas se dividen en hemorragias de la primera mitad y en hemorragias de la segunda mitad del embarazo, porque ambas tiene su origen, un diagnóstico y un tratamiento diferente.

El sangrado que se presenta durante el embarazo, puede tener causas extra genitales como hematuria y retrorragia, por otro lado el sangrado puede proceder de lesiones en la vulva, en la vagina o en el cérvix.

Las principales hemorragias de origen ovular en la primera mitad de la gestación son: el aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional (Embarazo molar)

Aproximadamente el 25% de las mujeres embarazadas presenta cierto grado de manchado de sangre o hemorragia durante el primer trimestre, por lo que se considera relativamente frecuente.

Puede obedecer a varias causas:

1.- Aborto (completo, incompleto con abundante sangrado y diferido sin sangrado)

1.1.-Amenaza de aborto (con o sin dolor o contracciones, sin dilatación cervical, con o sin dolor o sangrado, escaso sangrado)

2.- Embarazo ectópico (el embrión se implanta fuera del útero)

3.- Enfermedad trofoblástica gestacional (el sangrado generalmente es sin dolor)

Generalmente, va a acompañarse de molestias en el abdomen inferior o incluso de dolor más o menos intenso. En el caso del aborto, estas molestias se localizan fundamentalmente en el hipogastrio, mientras que en el caso de embarazo ectópico, se encuentra en una o ambas fosas ilíacas. El sangrado asociado a la enfermedad trofoblástica, generalmente, es sin dolor.

Cualquier secreción vaginal sanguinolenta o hemorragia uterina que se presente en el primer trimestre del embarazo se considera una amenaza de aborto. No existe correlación entre la cantidad de sangrado y la causa que lo provoca.

La hemorragia que acompaña a la amenaza de aborto por lo regular es escasa, varía desde una secreción pardusca hasta una hemorragia rojo brillante y puede presentarse de forma repetida en el transcurso de muchos días.

Por lo general aparece antes que el cólico uterino o el dolor pélvico. Sin embargo, no siempre que hay sangrado vaginal significa que posteriormente se desencadenará un aborto, la hemorragia puede ser secundaria a un hematoma que se reabsorba con el tiempo o a un pequeño des plegamiento de membranas en el útero que evoluciona sin problemas.

En cuanto al tratamiento a seguir, en el caso de amenaza de aborto y si la ecografía muestra un embrión vivo con latido cardiaco, se aconseja reposo relativo (no es necesario estar en cama todo el día pero si de evitar determinados esfuerzos como cargar peso, caminar mucho o estar durante largo tiempo de pie).

En algunos casos se administra tratamiento con progesterona, en función de la clínica, los datos ecográficos y los antecedentes. Si se diagnostica un aborto, el tratamiento varía en función de la cantidad de sangrado, de los síntomas (en especial el dolor) y del diagnóstico ecográfico.

### **1.3.1 El aborto**

Es la terminación del embarazo, expulsión o extracción de un embrión de menos de 500 gr de peso, o de menos de 20 semanas de gestación, independientemente de la viabilidad del mismo y del carácter provocado o espontáneo del mismo. Se Distingue entre aborto ovular, si acontece en las primeras seis semanas, aborto embrionario, si se produce entre la 7ª y la 16ª semana, y aborto fetal cuando aparece después. El aborto precoz es cuando ocurre antes de la 12ª semana y tardío si es posterior (Zamudio, A. 2015).

#### **Frecuencia:**

Se presenta en un 10% de todos los embarazos

#### **Etiología:**

El aborto se considera un proceso de selección natural, es decir, que si no viene bien, el organismo lo va a rechazar. El 60% tiene malformaciones o lesiones incompatibles con la vida y el 40% se debe a otros factores:

- Factores infecciosos
- Traumáticos (coito, caídas, sentones)
- Cérvix incompetente
- Miomias
- Mala nutrición
- Enfermedades crónicas (DM, HAS, obesidad, CA, hipotiroideas, hipertiroides)
- Estrés
- Incompatibilidad al Rh
- Deficiencia de progesterona
- Medicamentos
- Radiaciones
- tóxicos (insecticida, fertilizantes)
- Remedios caseros.

### **Causas del aborto:**

Causas ovulares: Se deben a alteraciones patológicas del embrión, generalmente cromosómicas, que producen su degeneración. Producen abortos precoces y no se repiten, salvo que exista una anomalía genética en alguno de los progenitores.



## **Causas maternas**

A continuación se presentaran algunas de las posibles causas que se pueden llegar a manifestar en un aborto.

Genitales:

- Alteraciones del endometrio (capa interna del útero), por deficiencia de progesterona, que interfieren la normal a nidación del huevo (fijación a la pared del útero).
- Anomalías orgánicas uterinas: congénitas o adquiridas (tumores uterinos como los miomas y las adherencias uterinas). Son causa de abortos tardíos de más de 12 ó 14 semanas y de repetición.
- Incompetencia del cuello uterino: congénita o adquirida como consecuencia de intervenciones instrumentales, como las dilataciones o legrados. Produce abortos muy tardíos o partos inmaduros

Generales:

Enfermedades infecciosas (rubeola, toxoplasmosis, citomegalovirus); enfermedades maternas graves (cardíacas, patología tiroidea, diabetes no controlada, entre otros), causas dietéticas (malnutrición) y traumatismos.

Este tipo de causas son las más comunes en el aborto, por lo que es importante llevar un buen control prenatal para descartar cualquier patología.

## **Tipos de abortos**

Aborto ante la presencia de metrorragia (existencia de hemorragia genital fuera de los ciclos menstruales) y de dolor, en una gestante antes de la 20ª semana de gestación. La imagen ecográfica permite apreciar la desaparición del latido cardíaco y la ausencia de movimientos fetales.

## **Clasificación del aborto:**

### 1.- Espontaneo

- a) Amenaza de aborto
- b) Aborto incompleto
- c) Aborto incompleto
- d) Aborto habitual
- e) Aborto diferido o retenido
- f) Aborto inevitable:
- g) Aborto inminente y aborto en curso
- h) Aborto en evolución
- i) Aborto séptico

### 2.- Provocado

- a) Terapéutico
- b) Criminal

## **Amenaza de aborto**

Se presenta porque hay dolor tipo obstétrico y sangrado transvaginal de diferentes características puede ser poco o mucho. El cérvix no se modifica y las membranas están íntegras y el feto está vivo. (Observando la viabilidad del feto por ecografía).

### **Diagnóstico:**

Historia clínica obstétrica completa

Ultrasonido (embrión con frecuencia cardíaca fetal FCF).

### **Medidas generales:**

- 1) Reposo absoluto, físico, psíquico
- 2) No actividad sexual
- 3) Evitar ejercicios
- 4) Abundantes líquidos
- 5) No estar en lugares calientes o fuentes de calor.

Es necesario controlar la hemorragia mediante perfusión intravenosa de líquidos, siendo fundamental el transporte de la embarazada (recostada sobre el lado izquierdo para evitar la compresión de la vena cava inferior, situada a la derecha y por el útero grávido).

## **Aborto incompleto:**

El útero ha disminuido de tamaño y el cérvix está dilatado. La ecografía no muestra restos ovulares. Se caracteriza porque hay todos los datos clínicos de la amenaza de aborto más una ligera apertura del cérvix que puede ser 0.5 – 1 cm y hay expulsión de los tejidos de una parte de los productos de la concepción:

-Feto

-Placenta

-Líquido amniótico

-Membranas

-Cordón umbilical

-El producto está muerto y no hay actividad cardíaca.

## **Diagnóstico:**

Historia clínica obstétrica completa

Ultrasonido.- donde se observa la muerte del producto, puede haber restos de la placenta, ausencia de saco gestacional, no hay líquido amniótico.

## **Tratamiento:**

En los abortos de más de 12 semanas de gestación, se realizará legrado instrumental o por aspiración, para eliminar los restos óvulos placentarios,

añadiendo perfusión intravenosa de oxitocina (sustancia que aumenta la contracción uterina y favorece la eliminación de los restos). Para favorecer el trabajo de aborto.

Se pueden manejar antibióticos profilácticos y con mayor razón si el trabajo de aborto duro más de 6 horas.

### **Aborto completo:**

La mujer embarazada expulsa todos los productos de la concepción de manera espontaneo, el cérvix se encuentra dilatado mas de 3cm y previamente la paciente tuvo trabajo de aborto y después expulsa el saco gestacional integro con lo cual se da la sintomatología.

### **Diagnóstico:**

Historia clínica obstétrica completa

Ultrasonido donde se visualiza, sin ningún producto de la concepción

### **Medidas generales:**

Reposo y observación

Y el aborto es rescatable se manda a patología

## **Aborto Habitual**

Se refiere a que una paciente tiene 3 o más abortos espontáneos continuos.

### **Etiología:**

1. Cérvix incompetente
2. ISO inmunización materno-fetal
3. Infecciones
4. Enfermedades crónicas
5. Síndrome de anticuerpos
6. Factores genéticos
7. Malformaciones congénitas útero malformado

## **Aborto Inminente**

Aborto en el cual se rompen las membranas amnióticas, el feto se encuentra vivo, no hay sangrado, puede haber contracciones, no hay dolor. El embarazo debe de terminar por el riesgo de infección.

### **Diagnóstico:**

Historia clínica obstétrica completa, donde se observa salida espontanea de liquido transvaginal sin sangrado, ni dolor obstétrico.

Ultrasonido.- el feto está vivo, está bien, disminución o ausencia de líquido amniótico.

**Etiología:**

1. Incompetencia istmos-cervical
2. Infecciones vaginales
3. Esfuerzos/ golpes
4. Traumatismo
5. Relaciones sexuales
6. Crioterapia/ cauterización
7. Maniobras abortivas

**Tratamiento:**

Una vez confirmado la ruptura de membranas por ultrasonido o por un estudio microscópico expulsado por la paciente y que forma cristales de cloruro de sodio se procede a terminar el embarazo, mediante una inducto conducción del trabajo de aborto con oxitocina, una vez que es expulsado el producto, se realiza un legrado de la cavidad uterina para eliminar restos.

**Aborto diferido:**

Es aquella situación en el que el feto dura más de dos meses dentro del útero.

**Etiología:**

- 1) Sedentarismo
- 2) Medicamentos útero inhibidores o toco líticos
- 3) Administración hormonal

**Diagnóstico:**

Ultrasonido.- donde se ve el feto muerto, saco gestacional integro

Clínicamente.- desaparición de signos y síntomas subjetivos del embarazo

**Tratamiento:**

Extracción del feto obitado, mediante la inducto-conducción del trabajo de aborto con oxitocina o prostaglandinas.

**Aborto séptico:**

También llamado aborto infectado y se puede presentar en cualquier de los aborto antes mencionados.

**Cuadro clínico:**

Signos y síntomas de sepsis



- 1) Taquicardia
- 2) Fiebre
- 3) Calosfrío
- 4) Secreción transvaginal
- 5) Dolor hipogastrio
- 6) Hipersensibilidad uterina

### **Etiología:**

Maniobras abortivas clandestinas

Contaminación de material o de instrumento quirúrgico

Falta de sepsia y antisepsia adecuado

### **1.3.2 Embarazo ectópico**

Es aquel en el que la anidación y el desarrollo del huevo se producen fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente es la trompa, sobre todo la parte externa (zona ampular o ampolla), aunque puede asentar en el ovario, el cérvix o la cavidad abdominal. Una de cada 500 gestaciones normales se presenta como un embarazo ectópico.

#### **Causas del Embarazo ectópico**

Influyen factores ovulares (como el exceso de volumen del huevo)

Factores tubáricos (como malformaciones congénitas de las trompas y todas aquellas situaciones que provoquen una disminución de la luz uterina)

Factores extra tubáricos (como tumores genitales, infecciones abdominales y la cirugía pélvica).

### **Tratamiento del embarazo ectópico**

En caso de que se diagnostique un embarazo ectópico, el tratamiento también es igualmente variable dependiendo de las circunstancias clínicas, es decir, de los síntomas que presente la paciente y de los hallazgos ecográficos.

En este caso resulta bastante útil realizar además un simple análisis de sangre para determinar la cantidad de la hormona típica del embarazo (BHCG) hormona gonadotrofina coriónica humana.

Así se podría plantear la posibilidad de un tratamiento conservador puramente expectante, la posibilidad de un tratamiento médico mediante la administración de metotrexate por vía sistémica (fármaco que destruye el tejido trofoblástico), la punción transvaginal de la gestación ectópica y la inyección local del metotrexate o, finalmente, la posibilidad de un tratamiento quirúrgico, conservando la trompa, o bien puede ser radical, lo que implicaría la exéresis de la trompa o salpinguectomía (corte de las trompas de Falopio).

- Equipo: equipo de especialistas especialmente formado en el control del embarazo y de un equipo de pediatras junto a una unidad de neonatología que garantiza los cuidados al recién nacido.
  
- Asistencia individualizada y especializada: asistencia prenatal y del parto en embarazo de bajo y alto riesgo.
  
- Tecnología avanzada: como una ecografía de alta resolución en el diagnóstico prenatal.

- Microcirugía tubárica: reversión de la ligadura de trompas.
- Diagnóstico prenatal: evaluación de células fetales, líquido amniótico o membranas amnióticas para detectar anomalías fetales.

## **CAPÍTULO II: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA DE LA GESTACIÓN**

Conocida también como:

Embarazo molar

Mola hidatiforme o mola hidatidica

Enfermedad degenerativa de la placenta que consiste en el que el tejido trofoblástico o placentario se llena de vesículas que contienen en su interior un líquido rico en HGC formando una especie de racimos de uvas y generalmente no hay embrión.

En la Enfermedad Trofoblástica de la Gestación (ETG), se origina un tumor en el interior del útero con tejido que se forma después de la concepción (la unión de un espermatozoide con un óvulo).

Este tejido se compone de células trofoblástica y normalmente envuelve el óvulo fertilizado en el útero. Las células trofoblásticas ayudan a conectar el óvulo fertilizado con la pared del útero y forman parte de la placenta (el órgano que envía nutrientes de la madre al feto).

A veces se presentan problemas con el óvulo fertilizado y las células trofoblástica: en lugar de formarse un feto saludable, se forma un tumor. El embarazo parecerá como un embarazo normal hasta que aparecen signos o síntomas del tumor.

La mayoría de las ETG son benignas (no cancerosas) y no se diseminan, pero algunos tipos se vuelven malignos (cancerosos) y se diseminan hasta los tejidos cercanos o hasta partes distantes del cuerpo.

## **Factores de riesgo de la Enfermedad Trofoblástica de la Gestación**

- Estar embarazada en los extremos de la vida, es decir, menor de 20 años o mayor de 35 años de edad.
- Tener antecedentes personales de mola hidatiforme (una mola es una degeneración placentaria que causa una gestación anómala.)
- Los signos de una enfermedad trofoblástica de la gestación incluyen sangrado vaginal y un útero más grande que lo normal.

## **Signos y Síntomas de la Enfermedad Trofoblástica de la Gestación**

- 1.- Sangrado vaginal que no se relaciona con la menstruación.
- 2.- Un útero más grande de lo esperado durante un embarazo.
- 3.- Dolor o presión en la pelvis.
- 4.- Náuseas y vómitos graves durante el embarazo.
- 5.- Presión arterial alta con dolor de cabeza e hinchazón de los pies y manos al principio del embarazo.
- 6.- Sangrado vaginal que continúa más de lo normal después del parto.
- 7.- Fatiga, falta de aliento y latidos cardíacos rápidos o irregulares causados por anemia.

## **Cuadro clínico de la enfermedad trofoblástica de la Gestación**

El útero se encuentra muy aumentado de tamaño en relación a la amenorrea pues tiene sialorrea, tras un periodo de amenorrea, y a partir del segundo mes, hay un aumento de los síntomas subjetivos del embarazo, sobre todo náuseas y vómitos o hiperémesis en un 30%, edemas, albuminuria. Hay metrorragias irregulares en el 96% de los casos, en principio de escasa cantidad, pero que se va incrementando. La hemorragia no es continua si no que se repite cada dos o tres días, de color roja o negruzca, que se produce por la ruptura de vasos maternos al separarse las vesículas de la decidua.

Todo esto puede producir un estado de desnutrición y malas condiciones generales de la paciente y si además de la ecografía mencionada, se ordena una dosificación de gonadotropina corionicas, se encuentra que esta elevada hasta por arriba de 500,000 ui conde confirmara el diagnostico

### **Tratamiento:**

En las mujeres multíparas: histerectomía

Y en las demás: evacuación del contenido uterino mediante la aspiración manual uterina.

Se solicita una placa tele de tórax para tenerla como referencia ya que la mola hidatiforme puede progresar a un coriocarcinoma (cáncer). Cuyo primer sitio de metástasis son los pulmones.

Coriocarcinoma.- es la degeneración maligna de la mola hidatidica que puede provocar invasión local de los tejidos y metastizar a órganos periféricos, es un cáncer muy rápido y agresivo, es mortal en 60% de los casos. Su tratamiento consiste en la practican de una histerectomía abdominal total y la administración de medicamentos citostaticos.

Una vez que evacuado el embarazo molar o la mola hidatiforme, se tiene que hacer controles seriados de la fracción de la (HGC) hormona gonadotropina coriónica, una vez que sacan el embrión tiene que ser negativas las fracciones si no desaparecen o se elevan se piensa en un coriocarcinoma, ultrasonidos pélvicos, radiografías de tórax para detectar a tiempo el posible inicio o evolución de un posible coriocarcinoma.

## **2. 1 Hemorragia en el segundo y tercer trimestre de embarazo**

Se trata de una hemorragia relativamente común y con más riesgo de mortalidad perinatal en el segundo trimestre que en el tercer trimestre.

### **Las causas más frecuentes son:**

1.- Desprendimiento prematuro de placenta (suele manifestarse con sangre oscura, aunque en ocasiones también puede ser roja, y generalmente va acompañado de molestias o dolor abdominal intenso debido a las contracciones). Puede ocurrir en el tercer trimestre aunque puede presentarse en cualquier momento después de la semana 20.

2.- Placenta previa (suele producir una hemorragia de sangre roja, fresca, sin dolor abdominal). En caso de presentar un sangrado en el segundo o tercer trimestre se debe acudir inmediatamente a un centro hospitalario para ser evaluado de forma correcta.

3.- Hemorragia fetal aguda letal por rotura de vasa previa.- se trata cuando Los vasos sanguíneos del feto cruzan por encima del orificio cervical interno y son el resultado de una inserción velamentosa del cordón umbilical. Se presenta un caso de sufrimiento fetal agudo letal causado por rotura de un vaso previo durante el segundo periodo del parto.

Una vez en el hospital, se le realiza una exploración física para valorar si el sangrado proviene de la cavidad uterina y observar el estado del cuello uterino. De igual forma se practicará una ecografía para determinar la localización de la placenta y comprobar si existe o no un desprendimiento placentario.

El tratamiento va a depender fundamentalmente de la causa que lo provoca, del estado general de la madre y de la existencia o no de un sufrimiento fetal. Si se detecta un sufrimiento fetal importante, independientemente de la cantidad de hemorragia o de la causa que lo provoca y la conducta más adecuada es la práctica de una cesárea.

Ante un desprendimiento de placenta o una placenta previa marginal (la placenta llega al borde del cuello pero no lo cubre), si no existe sufrimiento fetal y se observa unas condiciones obstétricas favorables (contracciones uterinas adecuadas, presentación fetal cefálica, multiparidad, sangrado escaso), se puede intentar un parto vaginal pero siempre bajo un estricto control.

En primer lugar, es necesario un examen físico, no debe practicarse un tacto vaginal para examinar el cuello uterino. Una vez comprobada que la hemorragia procede de la cavidad uterina, debería practicarse inmediatamente una ecografía para determinar la localización de la placenta y si existe o no un desprendimiento placentario.

En segundo lugar deberá de realizarse un estudio del bienestar fetal, ya que puede existir un sufrimiento fetal que, en ocasiones, puede ser severo. El tratamiento de esta situación va depender, de la causa que lo provoca, la existencia o no de un deterioro en el estado general de la madre y la existencia o no de un sufrimiento fetal.

En tercer lugar en caso de que se detecte un sufrimiento fetal importante, sea la cantidad de la hemorragia o la causa que lo provoca, lo más indicado es practicar una cesárea, salvo en determinaciones obstétricas muy favorables



siempre y cuando no se trate de una placenta previa oclusiva (la placenta cubre completamente el cuello impidiendo el parto vaginal).

En este último caso, está absolutamente contraindicado el parto vaginal y se debe realizar una cesárea. Si hay un desprendimiento de placenta o se trata de una placenta previa marginal (la placenta llega al borde del cuello uterino pero no lo cubre) y no existe sufrimiento fetal y existen unas condiciones obstétricas muy favorables contracciones uterinas adecuadas, presentación fetal cefálica, dilatación avanzada, multiparidad (muchos partos) sangrado escaso, podría intentarse el parto vaginal bajo un control estricto.

A continuación se describen algunas patologías que se presentan en las hemorragias uterinas del segundo y tercer trimestre de gestación.

### **2.1.2 Desprendimiento prematuro de la placenta normoinsecta (DPPN)**

Sinónimos:

- A) Abruptio placentae
- B) Ablatio placentae

Se le llama DPPNI al desprendimiento prematuro total o parcial de la placenta, es la separación de la placenta de la pared interior del útero que ocurre después de las 20 SDG y antes del tercer periodo del trabajo de parto.

Periodos del trabajo de parto:

1.- Dilatación

2.- Expulsión

3.- Alumbramiento

En la mayoría de los embarazos, la placenta permanece unida con firmeza a la parte superior de la pared uterina. En 1 de cada 150 embarazos, usualmente durante el tercer trimestre, la placenta se separa de la pared del útero de forma prematura, causando sangrado. Generalmente sólo se separa una parte de la placenta, en otras ocasiones se desprende totalmente.

La placenta es la línea vital de un feto y si se desprende ocasionara un problema serio. El desprendimiento prematuro de la placenta disminuye el suministro de oxígeno y nutrientes al feto, que lo convierte en una de las principales causas que provocan la muerte fetal en el tercer trimestre, sin embargo, todas las madres y más del 90% de sus bebés, sobreviven al desprendimiento prematuro de la placenta.

### **Etiología:**

- I. Enfermedades hipertensivas del embarazo
- II. Multiparidad
- III. Brevedad del cordón o cordón breve
- IV. Traumatismo en abdomen directo e indirecto
- V. Insuficiencia de vitaminas del complejo B
- VI. Embarazos múltiples
- VII. Hidramnios, exceso de líquido

- VIII. Niños macrosomicos
- IX. Malformaciones graves
- X. Ruptura prematura de membranas
- XI. Amniocentesis
- XII. Coito

### **Primer grado**

Se considera un desprendimiento leve, no grave que pudiera abarcar hasta un 30% de la superficie placentaria.

Se manifiesta por un sangrado transvaginal, rojo oscuro con sangre no coagulable, con dolor tipo obstétrico liguero.

Puede haber liguera contractibilidad uterina y la FCF no se modifica, no hay sufrimiento fetal.

### **Medidas generales:**

Reposo, observación

Monitoreo fetal

### **Segundo grado**

Corresponde entre un 30 – 60% de desprendimiento la perdida sanguínea ya es mayor entre 200 y 400 mililitros, puede haber datos de hipovolemia, el útero se encuentra más contraído y más doloroso y ya hay datos de sufrimiento fetal.

**Diagnóstico:**

Historia clínica obstétrica completa

Ultrasonido de control

No da fiebre

Perfil biofísico fetal

**Medidas generales:**

Reposo

Hidratación

Hospitalización.- se maneja como una urgencia obstétrica, si el embarazo es menor de las 34 SDG se aplica betametasona para la maduración de los pulmones del feto.

**Tercer grado**

Desprendimiento de más de 60% de la placenta el sangrado transvaginal es más de 500ml

**Signos y síntomas**

Datos de choque hipovolémico

Dolor uterino intenso.- debido a que el útero se encuentra muy contraído, pudiendo llegar al grado máximo de contractibilidad

El feto ya está obitado (muerto)

**Diagnóstico:**

Historia clínica obstétrica completo

Ultrasonido

**Medidas generales:**

Su manejo es intrahospitalario

Urgencia obstétrica

Se necesitan unidades de sangre

Una vez estabilizada la paciente se puede indicar una inducto conducción.

En ocasiones en el DPPNI puede no haber sangrado vaginal debido a que .se forma un hematoma retro placentario. Este hematoma puede infiltrar el miometrio dándole un color morado que recibe el nombre de útero de couvelaire.

**Complicaciones de DPPNI**

- A. Hemorragia
- B. Choque hipovolemico
- C. Anemia

- D. Deshidratación
- E. Choque neurogenico
- F. Insuficiencia renal
- G. Sufrimiento fetal
- H. Daño cerebral
- I. Óbito
- J. Hipofibrinogenemia
- K. Síndrome de sheehan.- falla total de la hipófisis por isquemia (necrosis-hipófisis)

### **2.1.3 Placenta previa**

Normalmente la placenta debe insertarse en la mitad del útero hacia arriba. La placenta previa es una complicación del embarazo en la cual la placenta crece en la parte media inferior del útero y cubre todo o parte de la abertura hacia el cuello uterino. La placenta es el órgano que nutre al feto en el útero.

#### **Clasificación de placenta previa:**

- Placenta previa marginal: es la que se inserta cerca del orificio cervical interno, pero sin obstruirlo.
  
- Placenta previa parcial: es la placenta que obstruye parcialmente el orificio cervical interno

- Placenta previa total: es aquella que cubre totalmente el orificio cervical interno.

### **Etiología:**

No se sabe a ciencia cierta pero hay varias teorías

Al momento de la implantación (7mo.-8vo- día)

El huevo busca el lugar más apropiado para implantarse.

Factores hormonales (bajos niveles de progesterona)

Malformaciones uterinas

### **Cuadro clínico:**

➤ Los síntomas más comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas. La cantidad de sangrado depende de cuánto se haya desprendido la placenta.

➤ Si la separación es ligera, puede experimentar un sangrado leve. También se pueden presentar calambres y sensibilidad uterina.

➤ Si la separación es moderada, sangrado más abundante. El útero se siente más sensible y firme, y el dolor abdominal es más severo.

➤ Si se separa más de la mitad de la placenta, puede experimentar un sangrado muy abundante. También puede sufrir contracciones uterinas. Algunos de los síntomas pueden incluir: dolor abdominal, frecuencia cardíaca acelerada, cambio de los movimientos fetales (aumento o disminución), cambio de la frecuencia cardíaca fetal o de

los patrones de frecuencia cardiaca, así como, evidencia ecográfica del desprendimiento de la placenta.

➤ Algunas veces, la sangre se acumula entre la placenta y la pared uterina, por esta razón, no se observa sangrado de la vagina. Esté al tanto de los síntomas, como cólicos abdominales o dolor severo, dolor de espalda y disminución de los movimientos fetales.

### **Causas de la placenta previa**

Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es común que se presente una placenta de implantación baja. Pero a medida que el embarazo progresa, el útero que va creciendo debe subir la placenta hacia la parte superior. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, dejando la abertura del cuello uterino despejada para el parto.

Algunas veces la placenta permanece en la parte inferior del útero, cubriendo parcial o completamente esta abertura. Esto es placenta previa.

La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos y es más común en mujeres que tienen:

- Un útero anormalmente desarrollado
- Muchos embarazos previos
- Embarazos múltiples (gemelos, trillizos.)
- Cicatrización de la pared uterina causada por embarazos anteriores, cesáreas, cirugía uterina o abortos

Las mujeres que fuman o tienen niños a una edad avanzada también pueden tener un mayor riesgo. Las posibles causas de placenta previa abarcan:

- Formación anómala de la placenta



- Útero anormal
- Placenta grande
- Cicatrización en el revestimiento del útero (endometrio)

### **Medidas generales:**

Reposo en decúbito lateral izquierdo

Hiperhidratación

Prohibido los tactos

Usualmente el primer sangrado es leve, pero un sangrado posterior es más grave.

### **Tratamiento:**

El tratamiento depende de diversos factores:

- 1) Qué tanto sangrado tuvo
- 2) Si el feto está lo suficientemente desarrollado para sobrevivir por fuera del útero
- 3) Qué tanta placenta está cubriendo el cuello uterino
- 4) La posición del feto
- 5) El número de partos previos que haya tenido
- 6) Si está en trabajo de parto

La mayoría de las mujeres que presenta placenta previa requerirán de dar a luz a su bebé por cesárea, lo cual ayuda a reducir la mortalidad de madres e hijos. Se puede llevar a cabo una cesárea de emergencia si la placenta realmente cubre el cuello uterino y si el sangrado es profuso o en extremo potencialmente mortal.

La placenta previa se diagnostica con mayor frecuencia antes de que se presente el sangrado. El control cuidadoso de la madre y del feto puede prevenir muchos de los peligros considerables.

El mayor riesgo es que el sangrado severo requerirá que el bebé nazca siendo prematuro, antes de que los órganos mayores, como los pulmones, se hayan desarrollado. La mayoría de las complicaciones se pueden evitar hospitalizando a una madre que esté presentando síntomas y practicando un parto por cesárea.

### **Posibles complicaciones**

Los riesgos para la madre abarcan:

- Hemorragia transvaginal
- Choque hipovolemico
- Anemia
- Muerte

Existe también un aumento del riesgo de infección, coágulos sanguíneos y transfusiones sanguíneas necesarias.

### **Prevención de la placenta previa**

Aunque el desprendimiento prematuro de la placenta no se puede prevenir, lo mejor que se puede hacer es mantener, bajo control las afecciones relacionadas con ésta, como hipertensión arterial, cardiopatía y diabetes.

Reducir o en su totalidad evitando el consumo de cocaína, alcohol y tabaco. Si se ha tenido anteriormente un desprendimiento de la placenta es importante comunicarlo para posibles estrategias de prevención.

#### **2.1.4 Hemorragia fetal aguda letal por rotura de vasa previa**

La vasa previa es una afección rara asociada a una elevada mortalidad perinatal. Los vasos sanguíneos fetales cruzan por encima del orificio cervical interno y son el resultado de una inserción velamentosa del cordón umbilical. Se presenta un caso de sufrimiento fetal agudo letal causado por rotura de un vaso previo durante el segundo periodo del parto.

La vasa previa es una entidad poco frecuente. Aparece cuando el cordón umbilical tiene una inserción velamentosa y los vasos fetales discurren durante un trayecto más o menos largo a través de las membranas totalmente desprotegidos al carecer de la gelatina de Wharton, lo que los hace especialmente vulnerables a la rotura o a los desgarros cuando se sitúan a nivel del orificio cervical interno por debajo de la presentación fetal.

La lesión vascular puede ocurrir durante el embarazo y sobre todo durante el parto, especialmente en el momento de la rotura de las membranas amnióticas.

Se estima que la incidencia de esta complicación es de uno de cada 3 000 partos y tiene una elevada tasa de mortalidad neonatal, superior al 95 % en la mayoría de las series. Dada su extrema gravedad, lo ideal sería el diagnóstico antes del parto y realización de una cesárea electiva.

## **2.2 Intervenciones de enfermería**

Las Intervenciones (acciones y actividades), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería.

Definición de Intervenciones:

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

## **2.3 Código de ética**

El ejercicio profesional de cuidado de enfermería supone un compromiso de naturales ética en la relación con el paciente, en la relación consigo mismo, con sus colegas, con la sociedad y la humanidad en general. El Código de Ética del

Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico establece los principios de la organización y hace explícitos los valores y metas fundamentales de la profesión. Desarrolla las bases que rigen la obligación moral del colegiado en el ejercicio pleno de su deber como individuo, como miembro de una sociedad, como miembro de una profesión y como proveedor de servicios de salud.

El Código de Ética impone a los miembros de la profesión de enfermería, en quienes recae la responsabilidad de cumplir con los estándares establecidos, el deber de desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral que responda a las más altas exigencias establecidas en la sociedad.

## **2.4 Código de Ética de las Enfermeras**

Las enfermeras tienen cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social.

La enfermera proporciona servicios de enfermería al individuo a la familia y a la comunidad, y coordina sus actividades con otros grupos con los que tiene relación.

La enfermera y las personas:

La primera responsabilidad de las enfermeras es la consideración de las personas que necesitan su atención profesional.

Al proporcionar atención, la enfermera crea un medio en el que se respetan los valores, las costumbres y las creencias de la persona.

La enfermera mantiene reserva sobre la información personal que recibe y juzga juiciosamente cuando ha de compartirla con alguien.

La enfermería y el ejercicio de la enfermería:

La enfermera es responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación continua.

La enfermera mantiene la máxima calidad de atención posible al aceptar o delegar responsabilidades.

Cuando realiza una actividad profesional, la enfermera debe mantener en todo momento la conducta irreprochable que corresponde a su profesión.

La enfermera y la sociedad:

La enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar actividades que satisfagan las necesidades de salud y sociales de la colectividad.

La enfermera y sus compañeros de trabajo:

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otros campos.

La enfermera debe obrar en consecuencia cuando las atenciones que recibe alguien son puestas en peligro por un colega u otra persona.

La enfermera y la profesión:

A las enfermeras corresponde la principal responsabilidad en la definición y la aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.

Las enfermeras contribuyen activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios de su profesión.

Por medio de sus asociaciones profesionales las enfermeras participaran en el establecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo de enfermería que sean económica y socialmente justas.

## **2.5 Decálogo para las enfermeras y enfermeros de México**

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

De esta manera es como se puede estar más informado acerca de las hemorragias uterinas durante el embarazo y saber que es importante atenderse de forma correcta y lo que se puede evitar para que el embarazo avance de forma correcta.



## **CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **Lo que contiene este capítulo**

La pregunta de investigación es:

**¿Cuáles son las intervenciones de la enfermera para orientar sobre los factores que predisponen a las hemorragias uterinas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la Ciudad de Morelia, Michoacán?**

El objetivo de la tesis es orientar a la población femenina a recibir una mejor y pronta atención llevando un control prenatal adecuado por un especialista (ginecólogo) para llegar a un buen término el embarazo.

Conocer en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en Morelia, Michoacán la prevalencia de las mujeres que ingresan con hemorragias uterinas desde el comienzo de su embarazo hasta el final del mismo, determinando los factores de riesgo y las complicaciones maternas perinatales.

Informando a las madres que ingresan a dicho hospital para que de esta manera tengan conocimiento sobre las hemorragias que se pudieran presentar durante su embarazo y de esta manera pueden reconocer cualquier anomalía y pronto se atiendan correctamente para prevención de la madre y del hijo.

Las hemorragias uterinas son complicaciones graves del embarazo, los factores de riesgos que producen el desprendimiento prematuro de placenta pueden ser varios, como estados hipertensión del embarazo, consumo de cocaína o tabaco, edad materna avanzada, la multiparidad y otros factores como traumatismos directo, cordón umbilical corto, pérdida de líquido amniótico o por gestaciones múltiples, poli hidramnios, la nutrición inadecuada e infecciones, descompresión uterina brusca, deficiente de vitamina C o ácido fólico.

Cuando la mujer se embaraza a una edad avanzada es mas la incidencia de la placenta previa, la multiparidad también se asocia, la frecuencia de placenta previa es más alta en las gestaciones múltiples comparación con la gestante de un sólo feto.

A veces viene asociada con anomalías placentarias como las adherencias y pueden crear graves problemas obstétricos en el posparto por la falta de contracción del segmento uterino.

Se ha demostrado que la mortalidad materna disminuye extraordinariamente cuando las pacientes son tratadas a tiempo, la seguridad para la madre y el bebé es primordial.

### **3.1 Justificación**

El tema de investigación es importante porque conociendo la no asistencia periódica a los controles prenatales hace que las hemorragias uterinas obstétricas presentes en el embarazo provoquen riesgos en la salud materna y del bebé.

La vigilancia en el seguimiento es primordial a fin de disminuir la incidencia de las hemorragias durante el embarazo que sean detectadas desde su inicio para ofrecer de manera oportuna el manejo adecuado y reducir la tasa de mortalidad materno-fetal.

La hemorragia obstétrica sigue siendo una causa importante de mortalidad materna a pesar de los avances en la atención. Es posible evitar las muertes por causas obstétricas directas como la hemorragia o algunos otros trastornos.

Mejorando la atención de la emergencia obstétrica a través del acceso oportuno a los servicios de la salud. De esta manera estar brindando un mejor servicio a la sociedad de calidad y calidez procurando siempre el bienestar materno.

Dando a conocer la presente investigación a las mujeres para que estén orientadas sobre la gravedad de esta patología y disminuya en la medida de lo posible las hemorragias uterinas en cualquier etapa del embarazo y todas aquellas consecuencias que esto trae si no se llegara a atender de una manera correcta pero sobre todo a tiempo.

Beneficiando a la población femenina de tal manera que tengan la información necesaria para que cualquier síntoma que se presente estén al pendiente para que sean atendidas de una forma pronta, oportuna, eficaz y eficiente.

### **3.2 Objetivo General**

Orientar a las personas embarazada acerca de las hemorragias uterinas en cualquier etapa del embarazo desde el momento de la concepción hasta su término, que ingresan al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la ciudad de Morelia, y para explicar a la población femenina para que estén informadas necesaria logrando que tomen conciencia de las diversas patologías que se registran y de esta manera poder resolverlas de forma inmediata.

### **3.2.1 Objetivos Específicos**

- Listar el número de controles prenatales en las mujeres embarazadas.
- Identificar las causas que provocan las hemorragias uterinas
- Conocer la edad y la paridad de la mujeres embarazadas en cualquier etapa de su embarazo.
- Descubrir los factores predominantes de las hemorragias uterinas en mujeres embarazadas.
- Informar a las embarazadas sobre la gravedad de esta patología y a si disminuir la incidencia de las hemorragias durante el embarazo.
- Comprobar que la calidad de la vida se realiza detectando oportunamente las hemorragias.

### **3.3 Hipótesis**

A mayor orientación de las hemorragias uterinas, menor muerte materno-fetal.

A mayor información menor incidencia de muerte

A mayor control prenatal mayor calidad de vida

A mayor control prenatal menor incidencia de hemorragias en los trimestres de embarazos

## **Variables independientes**

Orientación de las hemorragias

A mayor información

A mayor control prenatal

## **Variables dependientes**

Menor incidencia de muerte

Menor muerte materna

Menor incidencia de hemorragias en los trimestres

Mayor calidad de vida

### **3.4 Estrategia Metodológica**

En este apartado se planteará el tipo de método (hipotético-deductivo) que se utilizará en el abordaje de las hemorragias uterinas.

Las hemorragias uterinas en los tres trimestres continúa siendo una de las causas de muerte materna más significativas a nivel mundial. Aunque se han tomado medidas para su reducción, su prevalencia es alta.

Lo que motiva a la investigación a orientar e informar a las embarazadas acerca de las hemorragias uterinas para la detección oportuna de las patologías que se presentan. Las hemorragias uterinas afecta seriamente el proyecto de vida de la paciente, retrasa el vínculo madre e hijo, afecta la estabilidad familiar, su salud física y emocional, aumenta la estancia hospitalaria.

Por todas estas razones es necesario que desde el área de la enfermería se pueda iniciar un cuidado orientado a la detección de los factores de riesgo de las hemorragias uterinas abarcando los tres trimestres del embarazo, donde ayuden a disminuir las complicaciones a partir de un monitoreo continuo y al momento del parto en el cual se realice un control de signos vitales, tono uterino e inicio precoz de oxitocina en el posparto.

Por las características del desarrollo de la investigación y por incidencia de las variables puede que se encuentra en la clasificación de ser una investigación cualitativa.

### **Método hipotético-deductivo**

Es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Que favorezcan la motivación y el aprendizaje de las usuarias estando o no embarazadas.

El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia.

## **Investigación cualitativa**

La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular.

La investigación tiene variables cualitativas pues se recolectara información hacer de la orientación y atención de las hemorragias uterinas que se presentan durante el embarazo dándole un enfoque más exacto para la atención hospitalaria que se le puede brindar a las pacientes.

## **Variables independientes**

Se denominan a aquellas que es manipulada por el investigador en un experimento con el objeto de estudiar como incide sobre la expresión de la variable dependiente.

Medios:

Se considera a las mujeres independientemente de la edad, determinar el bajo nivel de cultura que tienen debido a que ellas no tienen información necesaria de este caso, cabe mencionar que se trabajara con la información de las pacientes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

## **Variable dependiente**

Se define como propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

## **Variable dependiente**

Una variable independiente es aquella que no depende de ninguna otra variable, es aquella característica o propiedad que se supone es la causa del fenómeno es la causa del fenómeno estudiado.

## **Descripción de variables**

La primera variable es **orientación de las hemorragias** con el objetivo de orientar a nuestra población femenina sobre la importancia de saber acerca de las hemorragias que se pueden presentar en el embarazo. Donde se realizara unas preguntas de cotejo durante el mes de febrero.

La segunda variable es a **mayor información de las hemorragias obstétricas** con el objetivo de saber, cuanta información tienen las embarazadas acerca de esta patología, por medio de preguntas de cotejo durante el mes de febrero del año 2016.

La tercera variable es a **mayor control prenatal de las hemorragias obstétricas** con el objetivo de saber cuánta es la incidencia con que acuden a revisiones prenatales durante todo el embarazo desde el comienzo hasta el momento del parto, por medio de preguntas de cotejo en el mes de febrero.

La cuarta variable es **menor incidencia de muerte de las hemorragias obstétricas** con el objetivo de saber que tan frecuente se puede presentar algún tipo de hemorragia en el periodo del embarazo, donde se realizara un cuestionario a las embarazadas en el mes de febrero.

La quinta variable es **menor muerte materna de las hemorragias obstétricas** con el objetivo de saber que tan frecuente asisten a sus consultas prenatales desde el comienzo de su embarazo y son periódicas o no y de esta



manera descartar patologías relacionadas con las hemorragias, por medio de un cuestionario dirigido a las pacientes en el mes de febrero.

La sexta variable es **menor incidencia de hemorragias obstétricas** en los trimestres de embarazo con el objetivo de saber si las pacientes que asisten a los controles prenatales saben qué hacer en caso de presentar algún tipo de hemorragia durante su embarazo independientemente de la edad gestacional, donde se realizara un cuestionario en el mes de febrero.

La séptima variable es **mayor calidad de vida de las hemorragias obstétricas** con el objetivo si les gustaría estar informadas y recibir información acerca de de las patologías que se pueden presentar en el embarazo.

Se realizara una lista de cotejo y serie de preguntas a las pacientes. Y a los médicos especialistas (Ginecólogos) se les hará un guion de entrevista.

Consulta las técnicas a utilizar en el análisis de los datos obtenidos a través de los instrumentos de recolección de datos, son las tablas de cotejo.

Para la investigación se consideran a mujeres gestantes o no para determinar las causas de las hemorragias debido a que ellas no tienen información necesaria sobre este tema cabe mencionar que se trabajara con la información de las pacientes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Finalidad que las usuarias tengan la información necesaria y completa de lo que son las hemorragia uterinas durante el embarazo para de esta manera estén informadas y creen conciencia a de la gravedad de esta patología y lleven de manera eficientes un buen control prenatal.

Evaluación: Se estará evaluando por medio de preguntas de cortejo y encuestas a personas femeninas para de esta manera saber, cuanta información tienen o que tanto conocimiento acerca de las distintas patologías que se

presentan en cada trimestre de gestación y a si poder hacer charlas para que estén informadas y sepan que hacer si tuvieran una hemorragia durante su embarazo.

A los Ginecólogos se les estará preguntando por medio de un guion de entrevista, saber cuál es la mejor prevención de las hemorragias uterinas, para de esta manera complementar la información de esta patología e informar de manera correcta y eficaz a las pacientes.

Después de haber copilado la información de los especialistas, se realizara una comparación de lo que menciona cada uno y de esta manera saber cuánta incidencia de hemorragias uterinas durante el embarazo se registran en HNSS. A si como que tanto es el porcentaje de las pacientes en sus consultas prenatales desde el comienzo de su embarazo y saber en qué trimestre se presenta con mayor frecuencia esta patología.

Por parte de las mujeres entrevistadas, saber que información tiene acerca de las hemorragias durante el embarazo, si van con regularidad a sus consultas prenatales o no y el porqué de ello.

## CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se visualizara la interpretación de los resultados a manera de una lista de cotejo, un cuestionario hacia las pacientes gestantes y uno hacia los médicos especialistas del HNSS en el tema de las hemorragias uterinas durante el embarazo en los tres trimestres de embarazo, para indagar acerca de la información que tienen las pacientes sobre este tema a si como la prevalencia en las consultas prenatales.

Variables:

- 1.- Orientación de las hemorragias
- 2.- A mayor información
- 3.- A mayor control prenatal
- 4.- menor incidencia de muerte
- 5.- menor muerte materna
- 6.- menor incidencia de hemorragias en los tres trimestres
- 7.- mayor calidad de vida

A continuación se muestra la lista de cotejo que se realizo a las pacientes acerca de las hemorragias uterinas, donde el número de las pacientes seleccionadas que son 10 representan el 100%.

### **Preguntas de cotejo:**

La finalidad de esta encuesta es saber que tanta información tiene la población femenina acerca de las hemorragias que se pueden presentar durante el embarazo así como sus consecuencias.

#### **Cuadro 1: Orientación de Hemorragias Obstétricas**

N°	Pregunta	Si	No
1.-	¿Ha recibido algún tipo de orientación acerca de las hemorragias uterinas durante el embarazo?	40%	60%

De las personas entrevistadas un 40% de ellas mencionaron que si han recibido algún tipo de orientación relacionado con las hemorragias obstétricas durante el embarazo y el 60% de ellas han dicho que no recibieron información durante sus consultas prenatales.

Por lo que es importante brindar información sobre ello para que la población femenina adquiera conocimientos sobre las diversas patologías que se pueden presentar, en caso de presentar algún tipo de hemorragia durante su embarazo, saber qué pueden hacer, como atenderse de manera rápida y correctamente para que no arriesguen su vida ni la de su bebé.

#### **Cuadro 2: Información de Hemorragias Obstétricas**

N°	Pregunta	SI	No
2	¿Ha recibido algún tipo de información acerca de las hemorragias uterinas que se pueden presentar durante el embarazo?	50%	50%

2.1	¿Le gustaría que se le brindara información sobre las hemorragias uterinas?	100%	-
-----	---	------	---

De las personas consultadas el 50 % de ellas respondió que ha tenido algún tipo de información sobre las hemorragias uterinas el otro 50% dijo que no ha recibido ningún tipo de información.

Se observa que la población femenina necesita que se le dé información acerca de las hemorragias obstétricas durante su embarazo.

Un 100% de las personas consultadas refirió que si les agradaría recibir información acerca de las hemorragias uterinas, mencionaban que es de suma importancia estar informadas sobre este tipo de situaciones para conocer qué deben hacer en caso de presentar alguna patología para no arriesgar su vida y de esta manera terminar satisfactoriamente su embarazo sin ninguna complicación.

### **Cuadro 3: Control Prenatal de Hemorragias Obstétricas en el Embarazo**

N°	Pregunta	Si	No
3	¿Ha llevado algún control prenatal?	10%	0
3.1	¿Considera usted que es importante llevar un adecuado control prenatal para descartar cualquier anomalía?	100%	0
3.2	¿Tiene un adecuado control prenatal?	70%	30%

En control prenatal un 100 % de las mujeres entrevistadas mencionaron que si han llevado un control prenatal en alguna etapa de su embarazo lo que es bueno para el chequeo y prevención de alguna de las enfermedades que se pudieran presentar en su embarazo.

El 100% de las embarazadas respondió que es importante llevar un adecuado control prenatal para descartar cualquier anomalía en su embarazo y estar enteradas de eso para en el momento del nacimiento atender de manera inmediata a su bebé y de esta manera seguir llevando un buen control prenatal para ambos.

Un 70% de las personas respondió que sí ha tenido una constante asistencia a la consulta prenatal desde el comienzo de su embarazo, lo que es bueno para descartar cualquier anomalía y saber que ambos están en condiciones normales de salud y 30% contestó que no ha tenido control prenatal por distintas circunstancias a continuación se mostrara las variables independientes y el resultado de cada uno, cabe mencionar que el número de las pacientes entrevistadas son el 100%.

### **Cuestionario aplicado a embarazadas**

### **Anexo 2: Dirigido a pacientes del Hospital de Nuestra Señora de la Salud**

#### **Cuadro 4: trimestre de gestación**

De las 11 pacientes entrevistadas que representa el 100% se muestra el porcentaje de cada trimestre de gestación.

1er. Trimestre	2do. Trimestre	3er. Trimestre
50%	35%	15%

## **Variable 1: Menor incidencia de hemorragias en los trimestres**

2.1- si ha tenido sangrado ¿el sangrado ha sido constante desde el comienzo del embarazo o intermitente?

2.2.- ¿y en que trimestre lo presento?

### **Primer trimestre** →

4% de las pacientes no han tenido sangrado, 1% si presento sangrado.

### **Segundo trimestre** →

3% de las personas no han presentado sangrado, 1% presento poco sangrado en el primer trimestre

### **Tercer trimestre** →

No han presentado sangrados

En la pregunta realizada se observa que es poca la incidencia de hemorragias uterinas durante el embarazo, lo que es benéfico para la población femenina ya que hay menos mortalidad materno-fetal. Aunque por otro lado, no se descarta del todo en el primer trimestre es donde se puede desarrollar una hemorragia y puede amenazar la vida del producto.

## **Variable 2: Menor muerte materna-fetal**

3.- ¿Cree que es importante llevar un adecuado control prenatal?

3.1.- ¿Cuántos controles prenatales lleva y a las cuantas semanas de gestación inicio con las consultas?

### **Primer trimestre** →

3.- El 50% de las pacientes dicen que si es importante llevar un buen control prenatal

3.1 Todas llevan dos controles prenatales y comenzaron desde el primer mes de gestación

### **Segundo trimestre** →

3.- el 35% de las personas entrevistada mencionaron que si es importante llevan un buen control prenatal.

3.1.- 2% de las personas han recibido dos controles prenatales

1% ha tenido 6 consultas y 1% ha llevado 4 consultas

### **Tercer trimestre** →

3.- el 15% de las pacientes seleccionadas dicen que si es importante llevar un buen control prenatal

3.1.- ambas personas llevan 4 controles prenatales

Las pacientes interrogadas el 100% de ellas afirman que si es importante recibir información acerca de esta patología tan importante para la supervivencia humana tanto de ellas como la de su bebe. Acerca del control prenatal, debemos hacer énfasis para que las personas estén más pendientes de sus controles para de esta manera brindar una mejor calidad de vida y descartar anomalías o defectos congénitos y que vean la importancia de llevar un control prenatal desde el momento que saben q están embarazadas.

### **Variable 3: Menor incidencia de muerte**

4.- ¿Sabe qué hacer si tuviera sangrado transvaginal en cualquier trimestre de su embarazo?



### **Primer trimestre —→**

El 50% de las pacientes saben qué hacer en cuanto presenten algún tipo de sangrado durante su embarazo, acudir con su ginecólogo, clínica

### **Segundo trimestre —→**

3% de las personas saben que deben de acudir con su médico tratante en caso de presentar sangrado transvaginal

1% no sabe qué hacer en caso de presentar una hemorragia obstétrica

### **Tercer trimestre —→**

El 15% de las personas entrevistadas saben qué hacer, acudir con su ginecólogo.

El 90 % de las pacientes saben qué hacer en caso de tener una hemorragia uterina, acudir a una clínica más cercana o ir de inmediato con su ginecólogo.

Lo que es conveniente que estén informadas de lo que deben de hacer, pero también es importante que tengan la información necesaria para que no lleguen asustadas o preocupadas porque eso también afectara en el producto y pueden existir más complicaciones obstétricas.

### **Variable 4: Mayor calidad de vida**

5.- ¿Gustaría recibir información acerca de las hemorragias uterinas durante el embarazo?

5.1.- ¿se considera una persona saludable?

### **Primer trimestre —→**

5.- 4% de las pacientes si les gustaría recibir información, 1% no contesto la interrogante.

5.1.- 3% de las personas dicen que si se consideran sanas, 2% de las pacientes dicen que no se consideran sanas

### **Segundo trimestre —→**

5.- el 45% las pacientes interrogadas si les gustaría recibir información acerca de las hemorragias obstétricas.

5.1.- El 45 % de las pacientes se consideran personas sanas

### **Tercer trimestre —→**

5.- El 15% de las pacientes si les gustaría recibir información

5.1.- Y se consideran sanas

El 90% de las pacientes si les gustaría recibir información acerca de las hemorragias uterinas durante el embarazo. El 10% no respondió a la interrogante.

El 80% de las personas entrevistadas se consideran sanas, mientras el 20% de ellas no se consideran porque tienen otras patologías que pueden agravar su embarazo o el estado de salud.

Por lo que se les hizo referencia a todas las mujeres en atenderse de una manera correcta para que al término de su embarazo independientemente de la edad gestacional en que se encuentren, se encontraran bien sin ninguna complicación, solo con el control prenatal se podría saber que todo va bien o no y la única manera para descartar alguna anomalía fetal. Y disminuir de esta manera la morbilidad materna-fetal.

De los resultados se observa que si es necesario que la población femenina se encuentre informada a cerca de las hemorragias uterinas que pueden

presentar durante el embarazo para de esta manera evitar anomalías congénitas o adquiridas en el feto.

Para que el especialista observe que acción debe tomar en caso de alguna patología y realice su diagnóstico de manera rápida y correcta y de esta manera pueda salvar la vida tanto de la madre como del feto.

En las preguntas aplicadas, si las realice en forma y a tiempo., las personas que no entendía la estructura de la pregunta se les estuvo explicando, de manera que pudieran comprender la información.

Los médicos se prestaron a la realización de las preguntas, respondiendo algunas dudas que se tenían sobre este tema y explicando de manera breve pero entendible lo que se les estaba cuestionando.

A continuación se mostrara el **cuestionario** aplicado a los ginecólogos del HNSS, el cual nos ayudó para obtener más información así como para aclarar dudas y complementar la información investigada.

### **Guion de entrevista aplicada a los Ginecólogos del HNSS**

1.- ¿Qué características debe de tener el sangrado si se considera como una hemorragia durante el embarazo?

Ambos ginecólogos respondieron con gran similitud que las características del sangrado cuando ya se considera una hemorragia uterina en el embarazo son: La duración del sangrado, características del sangrado, la calidad (si es leve, abundante, con o sin dolor.

2.- ¿Qué cantidad ya se considera como una hemorragia uterina en el embarazo?

Ambos médicos dijeron que se considera una hemorragia uterina más de 500 mililitros en cualquier edad gestacional.

3.- ¿Que cuidados debe de tener la paciente hacer para evitar una hemorragia?

El doctor Preciado menciona que se debe de evitar tener relaciones sexuales, hasta que se conozca la causa del sangrado e ingerir solo líquidos si el sangrado y los cólicos son intensos, para evitar el uso tampones para el sangrado durante el embarazo, generalmente no se necesitan de medicamentos, no tomar ningún medicamento sin previa autorización médica, acudiendo de manera inmediata a consulta con su ginecólogo.

El especialista Solís menciona que es impredecible, no se puede prevenir una hemorragia, pues no sabemos si va a tener sangrado durante su embarazo, las relaciones sexuales no están prohibidas, solo hasta la semana 28-30SDG al menos que la paciente presente placenta previa.

4.- ¿A dónde debe acudir la paciente si se tratara de una hemorragia?

Ambos ginecólogos dicen que la mejor manera de dar información es en la consulta explicando de manera que entiendan y comprendan la información.

5.- ¿Cuál sería la mejor manera de brindarle información necesaria sobre las hemorragias uterinas?

Los médicos especialista mencionan que la mejor manera de brindarle la información a sus pacientes es en la consulta, porque en la actualidad las mujeres gestantes pueden morir por hipertensión arterial, infecciones y hemorragias

obstétricas por ello tan importante de informar a las personas sobre esta patología tan importante.

6.- ¿Cuántos controles prenatales se requieren para llegar a un mejor término del embarazo?

El Doctor Solís contesto que mínimo deben de realizarse 9 controles prenatales.

El Doctor Preciado dice que dependiendo si la paciente no presenta alguna patología o si la presenta debe de acudir de manera más continua. Un mínimo de 10 a 12 consultas.

7.- ¿Cuál es la mejor prevención oportuna de las hemorragias uterinas en los trimestres?

Doctor Solís menciona que la mejor prevención que pueden tener es estar en el lugar adecuado, en el momento del acto, porque si no estamos en el lugar correcto donde no hay los recursos necesarios, hagas lo que hagas se te va a complicar o puede morir la paciente.

El Doctor Preciado: el control prenatal es la mejor prevención de las hemorragias uterinas, tener una buena alimentación, acudir con regularidad a sus consultas

8.- ¿esta patología es más frecuente en aquellas mujeres que se embarazan en los extremos de la vida reproductiva? ¿Por qué?

Ambos especialistas mencionan que si es más frecuentes en aquellas personas que se embarazan en los extremos de la vida, por la sobre distensión

tanto de una mujer muy joven como en una persona con mayor edad desencadenando varias patologías que se pueden complicar

9.- ¿la gravedad aumenta dependiendo del trimestre de embarazo que tenga la paciente? ¿Por qué?

Los ginecólogos mencionan que se presenta más en el primer trimestre de gestación porque puede tener un aborto, placenta previa y en el post parto por las complicaciones que se pueden tener.

10.- ¿Cuál es el porcentaje que se ha reportado de hemorragias uterinas en cualquier trimestre de gestación en la paciente, en el HNSS?

Los dos especialistas respondieron que son raros los casos atendidos por esta patología, siendo el porcentaje bajo en el hospital de nuestra señora de la salud, mencionan que es del 10% aproximadamente 1 de cada 10 embarazadas que se atienden en este hospital.

Ambos médicos especialistas si respondieron el cuestionario que se les aplico, a tiempo y en forma, no existieron contratiempos ni interrupciones y las dudas que iba teniendo las resolvieron esto con el fin de brindar una buena información a las pacientes.

Las variables por otro lado permitieron obtener la información que se planteó desde un principio en el proyecto. Por lo que se permitió obtener más información y aclarar dudas que se tuviera sobre algunas cuestiones.

Algunos de los limitantes que se tuvieron con la lista de cotejo y las entrevistas que se realizando a las pacientes del HNSS: fueron que algunas mujeres no aceptaban que se les permitiera aplicar los instrumentos para la realización de este proyecto, mencionaban que no tenían tiempo, que nos les interesaba, o simplemente ignoraban lo que se les estaba diciendo.

## CONCLUSIONES

La **Hemorragia Uterina** se define por la presencia de sangrado anormal no causado por patología orgánica, medicamentos, embarazo o enfermedad sistemática y es la causa más común de sangrado uterino anormal.

Se presenta con mayor frecuencia en los extremos de la edad reproductiva en mujeres adolescentes y en mujeres mayores de los 40 años.

Con la realización de esta tesis se puede llegar a conocer un tema importante para todos (enfermera-paciente) principalmente para las mujeres. La hemorragia grave que se presenta durante el embarazo ocupa el tercer lugar de mortalidad materna-fetal.

La prevención de la muerte materna por hemorragia obstétrica es factible cuando el embarazo con factores de riesgo es supervisado y tratado por un verdadero equipo.

Algunas de las personas consultadas no quisieron responder a las preguntas, los médicos en cambio fueron muy accesibles y respondieron a cada una de las preguntas y también a algunas dudas que se tenía sobre el tema.

Las variables me permitieron ampliar el conocimiento del tema de hemorragias uterinas acerca de las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo lo cual nos ayuda (enfermera- paciente) para la orientación e información a las mujeres gestantes de una forma oportuna correcta y entendible para ellas.

El sangrado vaginal en el embarazo, es cualquier tipo de sangrado vaginal durante la época del embarazo, esta patología se puede presentar en cualquier edad de la gestación, aunque el sangrado puede llegar a ser preocupante puede o no ser una complicación seria.

El momento del embarazo en el que se produce el sangrado, la cantidad y la presencia o ausencia de dolor pueden variar según la causa

La embarazada puede presentar sangrado vaginal o simplemente manchado con o sin cólicos, dolor de espalda, el sangrado puede ir desde un manchado escaso, color marrón o café oscuro a abundante y con coágulos de color rojo brillante.

Las causas pueden variar según la edad y las características específicas del síntoma, como la cantidad, duración, factores agravantes, y molestias asociadas.

Según el momento de aparición, se puede dividir las causas que provocan hemorragia en tres etapas, en el primer trimestre de embarazo, en el segundo y en el tercero.

El cuidado prenatal ayuda a descubrir los posibles riesgos que podría haber en el embarazo como seguir una rutina de control médico durante todo el embarazo, practicar el sexo seguro ayuda a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, estas son una causa común de embarazo ectópico.

Cualquier sangrado debe ser evaluado por un médico aunque sea en poca cantidad, no consumir ningún tipo de medicamentos sin previa autorización médica no todos los sangrados vaginales requieren tratamiento.



## GLOSARIO

**Adherencias uterinas:** llamada también síndrome de Asherman, son bandas de tejido similar al tejido cicatricial que se forma entre dos superficies dentro del organismo y hacen que estas se peguen.

**Control prenatal:** conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.

**Decidua:** recubierta uterina, específicamente durante la gestación, el cual da origen a la porción materna de la placenta.

**Ecografía:** técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de las ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.

**Endometrio:** membrana mucosa que recubre la cavidad del útero

**Hematocrito:** volumen total de la sangre compuesta por glóbulos rojos.

**Hemodinámica:** parte de la fisiología que estudia los mecanismos que rigen la circulación sanguínea.

**HNSS:** Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

**Incompetencia del cuello:** cuando comienza a dilatarse demasiado pronto en el embarazo.

**Linfogranuloma venéreo:** es una infección bacteriana de transmisión sexual, causada por la bacteria chlamydia trachomatis.

**Miomas:** es un tumor benigno y no canceroso que crece en el tejido muscular del útero o miometrio.

**Toxoplasmosis:** suele ser benigna y asintomática, pero es peligrosa cuando se presenta en el embarazo, pues puede provocar malformaciones en el feto.

**Viabilidad:** que esta viable para la vida.

**Volemia:** volumen total de sangre circulante, que es aproximado de 5-6 litros

**Vulvovaginitis:** inflamación de la vulva y de la vagina.

## FUENTES DE CONSULTA

### Documentos:

Viglierschio v, Sebastiani M, Velazco A, Tejerizo C, García Mónaco R, Otaño L. **Acretismo placentario: Diagnostico prenatal y tratamiento** con un protocolo con enfoque multidisciplinaria. En: SOGIBA 2007. 15 jornadas de obstetricia y ginecología.

Agüero O. **el embarazo ectópico en la maternidad concepción** palacios. Rev. Obstet ginecol venez 1990, p.154, p.p. 50-40. Aller, Juan, Pages, Gustavo 1977, 3ra.edición, editorial McGraw-Hill Interamericana, p.632, p.p.227-278.

### Página web

Secretaría de salud, (2015) **complicaciones obstétricas, hemorragias obstétricas** en: [http:// slideshare.net](http://slideshare.net).

Guevara, Rebeca. (2016) **hemorragia del primer trimestre de embarazo**, en: [http:// slideshare.net/Mobile](http://slideshare.net/Mobile)

Secretaria de salud de la

mujer.(2016).**hemorragia.embarazo**,en:<http://saludali.com>.

Secretariadesalud.(2016)/salud/hemorragias-uterinas-anormales,

en:[htt://www.educasexo.com](http://www.educasexo.com).

# ANEXOS

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Acción	Actividades	Fuentes de Información	Fecha Hora	Responsable	Observaciones
Orientación de las hemorragias	Charlas	Medico Lic. En enfermería	15 Febrero del 2016	Guadalupe Orozco Ruiz	
Control prenatal	Aplicación de cuestionario	Pacientes embarazadas en cualquier trimestre De gestación.			
Incidencia de hemorragias en los trimestres		Médico especialista			
Calidad de vida	Guion de Entrevista				
Incidencias de muertes materno-fetal		Medico, Lic. En enfermería			



Anexo 1: Médico especialista  
(Ginecólogo)



Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la  
Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO)

Octavo Semestre

“Seminario de tesis”

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

## **Médico especialista (Ginecólogo)**

(Guion de entrevista)

### **Datos de identificación**

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

### **Guion de entrevista:**

- 1.- ¿Qué características debe de tener el sangrado si se considera como una hemorragia durante el embarazo?
- 2.- ¿Qué cantidad ya se considera como una hemorragia uterina en el embarazo?
- 3.- ¿Que cuidados debe de tener la paciente hacer para evitar una hemorragia?
- 4.- ¿A dónde debe acudir la paciente si se tratara de una hemorragia?
- 5.- ¿Cuál sería la mejor manera de brindarle información necesaria sobre las hemorragias uterinas?
- 6.- ¿Cuántos controles prenatales se requieren para llegar a un mejor término del embarazo?
- 7.- ¿Cuál es la mejor prevención oportuna de las hemorragias uterinas en los trimestres?
- 8.- ¿esta patología es más frecuente en aquellas mujeres que se embarazan en los extremos de la vida reproductiva? ¿Por qué?
- 9.- ¿la gravedad aumenta dependiendo del trimestre de embarazo que tenga la paciente? ¿Por qué?
- 10.- ¿Cuál es el porcentaje que se ha reportado de hemorragias uterinas en cualquier trimestre de gestación en la paciente, en el HNSS?

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



## Anexo 2: Mujeres gestantes



Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la  
Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO)

Octavo Semestre

Seminario de tesis

Hospital de Nuestra Señora de la Salud



## Mujeres gestantes

### (Lista de cotejo)

Nombre:

Edad:

**Objetivo:** obtener información acerca de cuanta información o conocimiento tiene las pacientes acerca de las hemorragias que se pueden presentar durante el embarazo.

**Instrucciones:** conteste lo siguiente

PREGUNTA	SI	NO
1.- ¿ha recibido algún tipo de información acerca de las hemorragias que se pueden presentar durante el embarazo?		
2.- Si has tenido otros embarazos ¿has tenido problemas: cesáreas previas, partos prematuros, placenta previa o desprendimiento de la placenta?		
3.- ¿ha tenido sangrado alguna vez durante su embarazo?		
4.- ¿ha llevado algún control prenatal?		
5.- ¿le gustaría que se le brindara información sobre las hemorragias uterinas?		
6.- ¿considera usted que es importante llevar un adecuado control prenatal para descartar cualquier anomalía?		
7.- ¿sabe que debe de hacer si tuviera sangrado transvaginal en cualquier trimestre de su embarazo?		
8.- ¿tiene un adecuado control prenatal?		
9.- ¿tiene antecedentes familiares que hayan presentado algún tipo de hemorragia uterina durante su embarazo?		

Nombre del aplicador:



## Anexo 3: Mujeres gestantes



Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la  
Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO)

Octavo Semestre

Seminario de tesis

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

## Cuestionario para mujeres gestantes

Nombre:

Edad:

**Objetivo:** obtener información acerca de cuanta información o conocimiento tienen las pacientes acerca de las hemorragias durante su embarazo.

**Instrucciones:** Por favor conteste brevemente lo siguiente.

Guion de entrevista:

- 1.- ¿Que trimestre de gestación cursa?
- 2.- ¿ha recibido algún tipo de información acerca de las hemorragias uterinas que se pueden presentar durante el embarazo?
- 3.- Si tenido tenido ¿el sangrado ha sido constante desde el comienzo del embarazo o es intermitente?
- 4.- En caso de que haya presentado sangrado ¿en qué trimestre tuvo su primer sangrado transvaginal?
- 5.- ¿Cuántos controles prenatales lleva? ¿A las cuantas semanas de gestación comenzó con sus consultas?
- 6.- ¿Cree que es importante llevar un buen control prenatal? ¿porque?
- 7.- ¿Sabe que debe de hacer si tuviera sangrado transvaginal en cualquier trimestre de su embarazo?
- 8.- ¿Le gustaría recibir información acerca de las hemorragias uterinas durante el embarazo?
- 9.- ¿Se considera una persona saludable? ¿Por qué?
- 10.- ¿Tiene antecedentes familiares que hayan presentado algún tipo de hemorragias durante su embarazo?

Nombre del aplicador:

Fecha de la aplicación:

