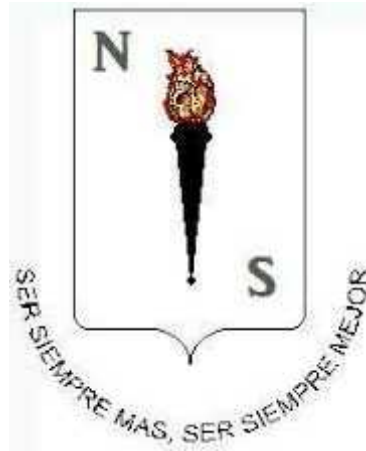


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS BAJO LA PERSPECTIVA DEL DOCTOR
EDGAR IVÁN ORTIZ LAZCANO.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:
EDITH DEL ROCIO GARCIA RODRIGUEZ.

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACÁN, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

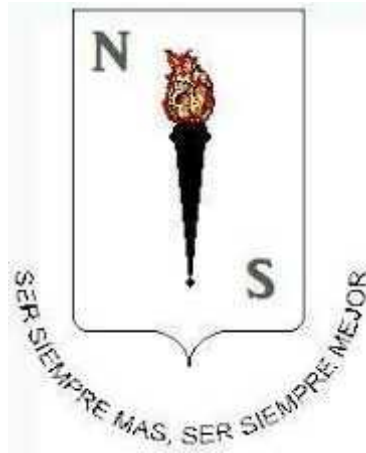
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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 DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS BAJO LA PERSPECTIVA DEL DOCTOR
EDGAR IVÁN ORTIZ LAZCANO.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:
EDITH DEL ROCIO GARCIA RODRIGUEZ.

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACAN, 2021.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 VIDA Y OBRAS.....	5
2.2. INFLUENCIAS.....	10
2.3 HIPÓTESIS.....	12
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	13
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2.6 OBJETIVOS.....	15
2.6.1 General.....	15
2.6.2 Específicos.....	15
2.7.1 Científico.....	16
2.7.2 Inductivo.....	16
2.7.3 Deductivo.....	16
2.7.4 Mayéutica.....	16
2.8 VARIABLES.....	17
2.8.1 Variable independiente.....	17
2.8.2 Variable dependiente.....	17
2.8.3 Variable Dependientes.....	18
2.8.4 Variable Interdependientes.....	18
2.9 ENCUESTAS Y RESULTADOS.....	19
2.10 GRAFICAS.....	23
3.-GENERALIDADES.....	46
3.1 CONCEPTUALIZACIÓN:.....	46
3.2 CLASIFICACIÓN.....	46
3.2.1. PREPARTO.....	47
3.2.2. SANGRADO POR IMPLANTACIÓN:.....	47

3.2.2. LA IMPLANTACIÓN EMBRIONARIA	48
3.2.3. SANGRADO DE IMPLANTACIÓN EN EL CICLO MENSTRUAL	51
3.3 AMENAZA DE ABORTO	54
3.4 BORTO ESPONTÁNEO.....	58
3.5 EMBARAZO ECTÓPICO O EXTRAUTERINO	68
3.6 EMBARAZO MOLAR.....	75
3.7 ENFERMEDADES DEL TROFOBLASTO	85
3.8 LESIONES VAGINALES	89
3.9 TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	91
4.- LOS SANGRADOS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO	94
4.1 ANOMALÍAS DE LA IMPLANTACIÓN PLACENTARIA (PLACENTA PREVIA)	94
4.2 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.....	96
4.3 PLACENTA ACRETA.....	99
4.4 PLACENTA INCRETA.....	100
4.5 PLACENTA PERCRETA	102
4.6 TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO.	103
4.7 RUPTURA UTERINA	106
4.8 ROTURA UTERINA COMPLETA	107
4.9 LA ROTURA UTERINA INCOMPLETA O DEHISCENCIA.....	107
5.- HEMORRAGIAS DEL POST PARTO	109
5.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	111
5.2 FACTORES DE RIESGO	111
5.3 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO	112
5.4 INERCIA UTERINA	114
5.5 MANEJO ACTIVO	115
5.6 ACRETISMO PLACENTARIO	117
5.7 DIAGNÓSTICO DE ACRETISMO PLACENTARIO:	120

5.8 RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (CATETERISMO Y EMBOLIZACIÓN) Y HPP	125
5.9 TERAPIA TRANSFUSIONAL	128
6.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	131
6.1 DIAGNÓSTICO TEMPRANO	132
6.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	133
6.3 MEDIDA DE PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA OBSTETRICA	133
6.4 LA NEMOTECNIA DE LAS 4 “T”	136
6.5 MEDIDAS UNIVERSALES	136
6.6 MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA LA ATENCIÓN DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS.....	138
6.7 CIRUGÍAS.....	140
6.8 CIRUGÍAS PARA LA DISMINUCION DE FLUJO	141
6.9 CIRUGÍAS COMPRESIVAS.....	141
6.10 HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	142
6.11 EMBOLIZACIÓN ARTERIAL.....	142
6.12 EL MÉDICO Y LOS ESTANDARES DE CALIDAD	142
7.- LA ADAPTACIÓN MATERNA A LA HEMORAGIA	143
7.1 UTERO AL FINAL DEL EMBARAZO.....	144
7.2 VOLUMEN SANGUÍNEO	144
7.3 COAGULACIÓN.....	145
7.4 PRESIÓN SANGUÍNEA Y RESISTENCIAS VASCULARES	146
7.5 FRECUENCIA CARDIACA.....	147
7.6 GASTO CARDIACO Y VOLUMEN SISTÓLICO	148
7.7 CAMBIOS POSTURALES Y HEMODINÁMICA MATERNA.....	149
7.8 CAMBIOS RESPIRATORIOS.....	149
7.9 CAMBIOS HEMODINÁMICOS DURANTE EL PARTO.....	150

7.10 LECHO VASCULAR PLACENTARIO	151
7.11 RESPUESTA SISTÉMICA A LA PERDIDA AGUDA DE SANGRE	151
8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.	153
8.1 ¿QUÉ ES ENFERMERÍA?	153
8.2 ENFERMERÍA PERINATAL.	153
8.3 INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA.	153
8.4 CAUSAS DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO.....	155
8.5 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE UNA HEMORRAGIA.....	156
8.6 ACTUACIONES SEGÚN SU ETIOLOGÍA.....	156
8.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA	156
8.8 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POS PARTO	157
8.9 PERSPECTIVA TEÓRICA Y APROXIMACIONES CONCEPTUALES.	158
8.10 CHOQUE HIPOVOLÉMICO	160
8.11 TRATAMIENTO DEL CHOQUE HIPOVOLEMICO	161
9.- CONCLUSIÓN	164
10.- BIBLIOGRAFÍA	167
10.1 BÁSICA.....	167
10.2 COMPLEMENTARIA.....	169
10.2 ELECTRÓNICA.....	170
11.- GLOSARIO.....	173

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme vivir, disfrutar cada día y dejarme llegar a este momento de mi vida profesional.

Gracias a mis padres Enrique Garcia y Esperanza Rodriguez, a mis hermanos Esaul Garcia y Nohemi Garcia que siempre han estado para mí, uno cerca y el otro cuidándome desde el cielo, gracias por apoyarme en cada decisión y proyecto, ustedes han estado en todo el trayecto de esta gran profesión, me han brindado su apoyo incondicional, con altas y bajas, pero dando todo su esfuerzo para que culmine con bien mis estudios, gracias por enseñarme a que no es un día más, si no un día menos para alcanzar esa meta. Gracias por enseñarme lo maravillosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser y al resto de la familia por siempre apoyarme y confiar en mí.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a todo su aporte, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de esta meta se ha sentido menos. Les agradezco y hago presente mi gran afecto a todos ustedes que son mi hermosa familia.

Agradezco también a todas aquellas personas que me compartieron de sus conocimientos para llegar hasta donde en estos momentos me encuentro, gracias a las enfermeras, a las coordinadoras, a las señoritas por todo su apoyo, también a todas mis compañeras por enseñarme que en la vida hay buenos y malos momentos, tristezas y alegrías, pero pese a cualquier problema, siempre juntas, gracias a todas esas compañeras que se convirtieron en mis amigas, gracias por la confianza y por siempre estar para mí cuando más lo necesité, las voy a extrañar.

Agradezco a la escuela y al personal que en esta labora, por compartirme de sus conocimientos, por enseñarme todos los valores, las virtudes que debe de tener una enfermera, por forjarme a ser una excelente enfermera cada día, ponerle empeño y sobre todo corazón a todo lo que ahí se realiza. Gracias por enseñarme a

“SER SIEMPRE MAS, SER SIMEPRE MEJOR”

DEDICATORIAS

A Dios, por permitirme escribir estas líneas y por guiarme hasta este momento importante en mi vida.

A mis Padres, ya que no es fácil llegar hasta aquí, se necesita dedicación, empeño y deseo, pero sobre todo apoyo como el que he recibido durante este tiempo, sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer por todo el sacrificio y el esfuerzo que ustedes han realizado, quiero que sepan que este logro no solo es mío, si no de ustedes también; porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar una de mis más grandes metas, que contribuye al mejor legado que pueda recibir de su parte y por lo cual, les estaré eternamente agradecida.

A mi hermana por siempre brindarme su apoyo y confianza, por enseñarme que la dedicación y perseverancia son el camino para ser alguien exitoso, porque sé que nunca me dejaras y que siempre me seguirás apoyando.

A mi hermano, por enseñarme a que pese a cualquier problema nunca hay que rendirse, siempre hay que ser fuerte y siempre salir con una enorme sonrisa, hoy estas en el cielo, pero sé que desde allá me seguirás guiando como hasta ahora.

A mis sobrinos, por enseñarme a ver lo maravilloso que es la vida cuando estas pequeño y a disfrutar todos los días al máximo.

A mi abuelo, porque después de mis padres, fuiste la persona que más se preocupaba por mí. Me enseñaste muchas cosas vitales para la vida y que me llevan por el buen sendero.

A todas aquellas personas que me han estado apoyando desde el inicio de esta gran carrera, a todas aquellas que creyeron en mí y a todas aquellas que les prometí que concluiría mis estudios.

Este logro es fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi han depositado y por los cuales he logrado terminar mis estudios profesional

1.- INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica sigue siendo la causa más común de mortalidad materna en todo el mundo. Es una de las principales preocupaciones de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial. La hemorragia es la complicación más significativa durante el embarazo, fundamentalmente del tercer y cuarto periodo del parto. En él se necesita un diagnóstico y tratamiento rápidos para su atención.

Corresponde al 50% de las causas de muerte materna. Las diferentes causas de hemorragia obstétrica son la atonía uterina, las anomalías de placentación, el desprendimiento de placenta, la rotura uterina, el trauma genital quirúrgico y los trastornos de coagulación.

Dentro de los factores de riesgo se han identificado: edad mayor de 40 años, obesidad, hemorragia obstétrica previa, embarazo múltiple, anemia, fiebre, producto macrosómico, placenta previa, desprendimiento de placenta, trabajo de parto prolongado, episiotomía, parto vaginal instrumental, cesárea y cesárea previa.

Por lo tanto, es muy importante incorporar prácticas de prevención, la hemorragia obstétrica es una urgencia que requiere un adecuado y oportuno accionar de un equipo multidisciplinario para el manejo del shock, así como la disponibilidad de hemoderivados.

La OMS describe la hemorragia obstétrica mayor como: cualquier sangramiento del período gestacional o puerperio, con independencia del tiempo de gestación, la cantidad estimada, el modo del parto, el valor del hematocrito y la necesidad de transfundir, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda.

Una vez dicho lo anterior se puede deducir que un gran porcentaje de la población femenil en cuanto al tema de la futura maternidad o estado de la gestación, corre un riesgo sumamente notable por la falta de información de los posibles problemas

que puede presentarse durante, antes o post-parto así como en el desarrollo de la etapa embrional.

De acuerdo a estudios de médicos reconocidos por sus obras y carreras desarrolladas a lo largo de su entorno en la ciencias ginecobstetricias como los que se mencionaran posteriormente se dé a entender o conocer algunas de las posibles afectaciones psicomotrices tanto del embrión como de la futura madre o paciente, esto con el fin de reducir, prevenir o erradicar dichos problemas alertando o capacitando a la población femenil mediante este escrito.

Se sabe hoy en día que el desarrollo embrional no solo puede causar algún tipo de problema fisiológico, también cabe mencionar el tema abortivo el cual también es un medio importante de decisión, ya sea por amenaza abortiva por complicación gestacional así como por decisión propia de la paciente, cualquiera de las dos formas conlleva a preparaciones uterinas, psicológicas y progresivas inclusive después del proceso clínico por lo que también se menciona en este ensayo.

¿Sabía usted que muchas de las mujeres que llegan a abortar ya sea por decisión propia, complicación de parto o conflicto en el tiempo gestacional es muy posiblemente que provoque algún tipo de secuela fisiológica o psicológica ante la forma de vida de la paciente?

Pues bien, por ello mismo se debe capacitar de alguna forma indirecta a todas esas mujeres que bien pueden o no estar pasando por este tema pero que podrían ser víctimas del mismo, pues se considera que por el miedo, la mala información o la interpretación no medica podría empeorar la situación por lo que este estudio plasmado en forma de tesis es un medio más directo de acercarse a cualquier población femenil y así reducir el índice de la población ya mencionada.

No obstante, se puede considerar casi obligatorio comprender que algunos riesgos se pueden amplificar de acuerdo a la forma de vida de la paciente, por lo que consume, por las actividades que realiza, por el historial de enfermedades, herencia genética, entre otras, que de igual manera son temas de suma importancia y que se trataran de despejar a lo largo del tema así como las complicaciones que se generan por dichos factores.

La mayoría de las mujeres presentan lesiones vaginales de vez en cuando, ya sea por relaciones sexuales, accidentes menores e inclusive desprendimientos del endometrio lo cual pueden ser causantes de lesiones más graves por falta de tratamiento, infecciones vaginales u otros factores anómalos que generalmente están ligados a métodos anticonceptivos, edad y/o medicamentos que alteran el ciclo del embarazo o tiempo después de este.

De aquí se pueden generar los trastornos de hemorrágicos y/o de coagulación, normalmente después de una lesión, por lo que al momento de presentarse estos índices es necesaria la consulta médica, ya que en algunas ocasiones el cuerpo humano no tiene la cantidad necesarias de plaquetas para la composición de cicatrización o coagulación y así detener las hemorragias como se mencionó al principio del apartado, pues un porcentaje alto de la futura maternidad sufre de hemorragias en distintos grados y formas.

Independientemente de la presencia de sangrados, se conoce que el primer y tercer trimestre de gestación son los tiempos más comunes para la presencia de este mismo, por lo que es recomendable acudir inmediatamente con el especialista para evitar un trastorno o pérdida del producto y al mismo tiempo un problema fisiológico de la paciente.

Es por ello que todos estos temas se implicaran de manera desarrollada y progresiva paso por paso, no solo para la concientización, si no para la detección oportuna de cualquier síntoma presente o que este por presentarse.

Por ello es la mención de algunas técnicas aplicadas y otras que a pesar de estar en investigación ya se aplican de manera general en el grupo de las posibles madres afectadas por algunas de estas facetas en el desarrollo del producto además de buscar la candidatura más adecuada de los procedimientos o metodologías que estén por mencionarse, ya que por mala fortuna, algunos procedimientos aunque sean los más adecuados podrían ser los menos recomendables si las pacientes no aplican para candidatas poniendo en riesgo la salud del producto como también la de ellas mismas.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRAS

DR. EDGAR IVÁN ORTIZ LIZCANO



Médico cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología y Magister en Salud Pública de la Universidad del Valle. Cali-Colombia.

Autor y líder de la iniciativa de la vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema y del modelo de Seguridad Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas en Colombia y en la Región de las Américas, como una iniciativa innovadora para la reducción de la mortalidad materna, con múltiples publicaciones en textos y revistas nacionales e internacionales.

Presidente de la FLASOG.

Past Presidente de la FECOLSOG.

Miembro del Executive Board y del Comité Científico, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia-FIGO.

FORMACIÓN ACADÉMICA:

Especialidad Médica UNIVERSIDAD DEL VALLE Enero de 1981 - de 1983
Obstetricia y Ginecología.

Pregrado/Universitario UNIVERSIDAD DEL VALLE Medicina y Cirugía
Enero de 1972 - de 1979.

Perfeccionamiento Centro Latinoamericano De Perinatología Y Desarrollo Humano
Curso de Ultrasonografía En Medicina Perinatal Enero de 1983 - de 1983

Perfeccionamiento Centro Latinoamericano De Perinatología Y Desarrollo Humano
Curso de Bioestadística y Metodología Científica Enero de 1983 - de 1983.

Perfeccionamiento Centro Latinoamericano De Perinatología Y Desarrollo Humano
Curso de Bioestadística y Metodología Científica Enero de 1983 - de 1983.

Perfeccionamiento Centro Latinoamericano De Perinatología Y Desarrollo Humano
Curso de Salud Pública Perinatal Enero de 1983 - de 1983.

Perfeccionamiento CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
Curso Vigilancia Mortalidad Materna Perinatal Enero de 1996 - de 1996.

Perfeccionamiento Centro Latinoamericano De Perinatología Y Desarrollo Humano
Curso de Crecimiento de Desarrollo Pre y Post Nata Enero de 1983 - de 1983.

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Federación colombiana perinatología, 1995 – 1997.

Municipio de Cali - secretaria de salud, 1998 – 2000.

Federación latinoamericana de sociedades de ginecología y obstetricia, 2002.

Sociedad colombiana de obstetricia y ginecología, 1998 – 2000.

RECONOCIMIENTOS:

Diploma de honor al mérito perinatal. Otorgado por la federación colombiana de perinatología - de 2003

Premios al primer y segundo lugar en trabajos libres del viii congreso colombiano de perinatología, fecopen - de 2003

Medalla al mérito gremial, asmedas valle, asmedas - de 1998

Primer puesto como trabajo libre de investigación en el xxiii congreso colombiano de ginecología y obstetricia, sociedad colombiana de obstetricia y ginecología - de 2002

Generación de contenido impresa

Nombre: Modulo de capacitación en pre-eclampsia/eclampsia

Tipo Producción técnica-impresa - Cartilla,

Medio de circulación: Editorial, en el ámbito Nacional en la fecha 2015-12-01
00:00:00.0

Disponible en <http://www.sogiba.org.ar/documentos/Eclampsia.pdf>

Nombre: Vigilancia de la morbilidad materna extrema;

Documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para la auditoria de la calidad de la atención materna.

Tipo Producción técnica - Impresa - Cartilla,

Medio de circulación: Editorial, en el ámbito Nacional en la fecha 2010 – 12 – 01 disponible

Nombre: Manual de uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología

Tipo Producción técnica - Impresa - Manual,

Medio de circulación: Editorial, en el ámbito Nacional en la fecha 2013-05-01 disponible:http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Uso-de_misoprostol-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf.

Nombre: Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas Tipo Producción técnica - Impresa Manual,

Medio de circulación: Editorial, en el ámbito Nacional fecha 2012-12-17

Disponible:https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es

ARTÍCULOS:

EDGAR IVAN ORTIZ LIZCANO, HUMBERTO REY VARGAS, LUIS FAJARDO, ALBERTO GONZALO PRADILLA FERREIRA, "Maternal Anthropometry and pregnancy outcomes.". En: Suiza Who Bulletin ISSN: 0 ed: v.73 fasc. p.01 - 69,1995, DOI:

Palabras: anthropometry, low birthweigth, pregnancy outcomes.

Sectores: Salud humana - Cuidado a la salud de las poblaciones humanas, Salud humana - Políticas, planeamiento y gestión en salud,

EDGAR IVAN ORTIZ LIZCANO, HUMBERTO REY VARGAS, LUIS FAJARDO, ALBERTO GONZALO PRADILLA FERREIRA.

"Maternal AQnthropometry: It's predective value for pregnancy outcomes".

En: Suiza WhoBulletin ISSN: 0 ed: v.73 fasc. p.70, 71,1995, DOI:

Palabras: maternal anthropometry, birth weight, pregnancy.

Sectores: Salud humana - Cuidado a la salud de las personas.

EVENTOS CIENTÍFICOS:

Nombre del evento: XXII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tipo de evento: Congreso Ámbito: Internacional Realizado el: 2018/08/14 – 2018/08/17 en LIMA -PERU.

Nombre del producto: Enfermedad Renal Crónica y Embarazo

Tipo de producto: Producción técnica - Presentación de trabajo – Conferencia

Nombre de la institución: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología Tipo de vinculación Patrocinadora.

Participantes Nombre: Edgar Iván Ortiz Lizcano Rol en el evento: Ponente magistral

Nombre del evento: VII jornadas internacionales de ginecología / VIII jornada de obstetricia y perinatología. En Paysandu – Uruguay.

Tipo de evento: Encuentro Ámbito: Internacional Realizado el: 2016-09-08, 2016-09-10 en Paysandu, Uruguay.

Nombre del producto: Morbi- mortalidad materna y perinatal asociada a malas prácticas durante la atención del parto.

Tipo de producto: Producción técnica - Presentación de trabajo – Conferencia

Instituciones asociadas

Nombre de la institución: Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay Tipo de vinculación Gestionadora.

Participante: Edgar Iván Ortiz Lizcano Rol en el evento: Ponente magistral.

LIBROS:

Producción bibliográfica - Libro - Libro pedagógico y/o de divulgación.

EDGAR IVAN ORTIZ LIZCANO, ENRIQUE HERRERA CASTANEDA.

"Obstetricia Basada En Las Evidencias" En: Colombia 2002. Centro Editorial Catorce ISBN: 958-9481-49-3 v. 1000 pags. 184.

Palabras: normas, medicina basada en evidencias.

Áreas: Ciencias Médicas y de la Salud, Ciencias de la Salud, Salud Pública, Ciencias Médicas y de la Salud, Ciencias de la Salud, Epidemiología, Sectores: Salud humana - Cuidado a la salud de las personas.

EDGAR IVAN ORTIZ LIZCANO, MARTHA CECILIA JARAMILLO.

"Diez años de la Salud Pública en Santiago de Cali, 1990-1999" En: Colombia 2000. Edición: Ferival SBN: v. 1000pags. 220.

Palabras: salud pública, perfil epidemiológico, antecedentes.

Áreas: Ciencias Médicas y de la Salud, Ciencias de la Salud, Epidemiología.

Ciencias Médicas y de la Salud, Ciencias de la Salud, Salud Pública, Sectores: Salud humana - Políticas, planeamiento y gestión en salud, Salud humana - Cuidado a la salud de las poblaciones humanas.

CAPÍTULOS DE LIBRO:

Tipo: Otro capítulo de libro publicado: EDGAR IVAN ORTIZ LIZCANO, "Ruptura prematura de membranas" Obstetricia Basada En Las Evidencias. En: Colombia ISBN: 958-9481-49-3 ed: Centro Editorial Catorce, v. p.80-87, 2002.

Palabras: Corioamnionitis, antibióticos, esteroides.

Áreas: Ciencias Médicas y de la Salud, Ciencias de la Salud, Salud Pública.

Sectores: Salud humana - Cuidado a la salud de las personas.

Tipo: Otro capítulo de libro publicado: EDGAR IVAN ORTIZ LIZCANO, "Violencia y embarazo" Obstetricia Basada En Las Evidencias. En: Colombia ISBN: 958-9481-49-3 ed: Centro Editorial Catorce, v., p.181 - 184, 2002.

Palabras: abuso sexual, agresión física, parto prematuro.

Áreas: Ciencias Médicas y de la Salud, Ciencias de la Salud, Salud Pública.

Sectores: Salud humana - Cuidado a la salud de las personas.

2.2. INFLUENCIAS

El Dr. EDGAR IVÁN ORTIZ LIZCANO, profesor titular del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, es el nuevo presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, FLASOG.

La elección se realizó en la ciudad de Managua, Nicaragua, en septiembre de 2011 durante la asamblea de FLASOG celebrada en el marco del XX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Esta es una organización sin ánimo de lucro que agrupa las asociaciones y sociedades de obstetricia y ginecología de los países latinoamericanos. Actualmente la integran Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El tiempo designado para el cargo es el periodo 2014-2017.

El Dr. Ortiz afirma que una de las tareas que considera serán más relevantes durante su gestión será la de apoyar a los Ministerios de Salud de los diferentes países miembros de la FLASOG en las iniciativas para la reducción de la mortalidad materna, en procura de avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con este aspecto. Como presidente de la FLASOG, el Dr. Ortiz tendrá entre sus responsabilidades:

- ❖ Mantener y establecer las relaciones con las instituciones afiliadas, organismos nacionales e internacionales ya sean gubernamentales o privados, cuyas actividades promuevan la salud sexual y reproductiva en América Latina.
- ❖ Representar a Latinoamérica ante organizaciones internacionales en asuntos inherentes a la Ginecología y Obstetricia.
- ❖ Promover el intercambio científico entre universidades e instituciones afines de América Latina y del ámbito mundial, para favorecer la cooperación internacional en el campo de la Obstetricia y Ginecología.

El Doctor Edgar Iván Ortiz Lizcano es Médico Cirujano (1978), Especialista en Obstetricia y Ginecología y Magíster en Salud Pública (2009) de la Universidad del Valle; tiene un postgrado en Perinatología de la Universidad de la República Oriental de Uruguay (1983). Ha sido Presidente de la Federación Colombiana de Perinatología, Secretario de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, Presidente de la Asociación Vallecaucana de Ginecología y Obstetricia entre otros. Actualmente es Presidente Electo Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

2.3 HIPÓTESIS

De acuerdo a los métodos de investigación y a las citas previamente vistas se realizará una concientización ante la población femenil como paciente de acuerdo a la caracterización o situación de los controles prenatales y así reducir el riesgo por hemorragias obstétricas en el embarazo dando un mejoramiento de calidad en la salud materna y perinatal.

2.4 JUSTIFICACIÓN

Actualmente el conocimiento sobre el desarrollo gestacional en la mujer es una fase importante para el mismo, es por ello que se consideran los controles prenatales y una asistencia puntual monitoreada constante, tomando en cuenta los límites fisiológicos, para poder disminuir o erradicar una posible hemorragia, Infecciones o anomalías en fase inicial ya que de lo contrario es posible que dicho paciente pueda presentarla a largo del desarrollo embrional pudiendo dañar factores como la salud física embrional, perinatal o personal, y así poder ofrecer un cuidado de calidad.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las hemorragias uterinas son complicaciones graves del estado gestacional, los factores de riesgos que producen el desprendimiento prematuro de placenta pueden ser varios, como estados hipertensivos del embarazo, consumo de alucinógenos y/o productos nocivos a la salud, edad materna avanzada, la multiparidad y otros factores mecánicos como traumatismo directo, cordón umbilical corto, pérdida de líquido amniótico o causas del útero sobre distendido incluyendo aquí las gestaciones múltiples, polihidramnios, la nutrición inadecuada e infecciones, descompresión uterina brusca, deficiencia de vitamina C o ácido fólico, trombofilias hereditarias, etc. A mayor edad materna mayor se registran riesgo en la incidencia de la placenta previa, la multiparidad también se asocia.

La frecuencia de placenta previa es más alta en las gestaciones múltiples en comparación con la observada en embarazos de un solo feto, a veces vienen asociadas con anomalías placentarias como las adherencias y pueden crear graves problemas obstétricos en el posparto por la falta de contracción del segmento uterino. Otros indicadores son la placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa del cordón y pueden provocar retardo del crecimiento intrauterino se asocia con múltiples episodios de sangrado preparto, anomalías congénitas, anemia, Isoinmunización Rh.

Se ha demostrado que la mortalidad materna disminuye extraordinariamente cuando las pacientes son tratadas a tiempo, la seguridad para la madre y el embrión como futuro bebé serían mayormente favorables si las pacientes fuesen ingresadas precozmente a las unidades de salud, especialmente si no se les manipula, ni se les interviene antes de su ingreso hospitalario.

Existen consideraciones de posibles consecuencias desfavorables de ellas, pues casi en su mayoría tienden a presentar indicios de anemia, de ahí el peligro para la futura madre, ya que aún con sangrado menores los mecanismos de regeneración sanguínea están agotados y pueden causar la muerte.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 General

Determinar la prevalencia de las hemorragias uterinas del tercer trimestre en pacientes embarazadas, elaborando charlas educativas con el fin de concientizar a las usuarias, logrando la asistencia al control prenatal para reducir el riesgo de las hemorragias obstétricas y detener a tiempo posibles complicaciones.

2.6.2 Específicos

- 1) Conocer la edad y la paridad de las pacientes en estado gestacional que presentaron hemorragias uterinas del tercer trimestre.
- 2) Investigar el nivel de escolaridad de las pacientes en estado gestacional.
- 3) Detectar factores de riesgo con los antecedentes obstétricos de la paciente.
- 4) Investigar el número de consultas prenatales de las pacientes.
- 5) Detectar y definir las causas que provocan las hemorragias obstétricas.
- 6) Detallar las complicaciones maternas y perinatales en las que se presentan las hemorragias.

2.7 MÉTODOS

2.7.1 Científico

Es un proceso que tiene como finalidad el establecimiento de relaciones entre hechos, para enunciar leyes que fundamenten el funcionamiento del mundo.

2.7.2 Inductivo

Es un proceso utilizado para poder sacar conclusiones generales partiendo de hechos particulares.

2.7.3 Deductivo

Es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios.

2.7.4 Mayéutica

Consiste en realizar preguntas a una persona hasta que esta descubra conceptos que estaban latentes u ocultos en su mente.

2.8 VARIABLES

Las variables en la investigación, representan un concepto de vital importancia dentro de un proyecto. Las variables, son los conceptos que forman enunciados de un tipo particular denominado hipótesis.

2.8.1 Variable independiente

Fenómeno a la que se le va a evaluar su capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables.

Su nombre lo explica de mejor modo en el hecho que de no depende de algo para estar allí:

Es aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado. En investigación experimental se llama así, a la variable que el investigador manipula. Que son manipuladas experimentalmente por un investigador.

2.8.2 Variable dependiente

Cambios sufridos por los sujetos como consecuencia de la manipulación de la variable independiente por parte del experimentador. En este caso el nombre lo dice de manera explícita, va a depender de algo que la hace variar.

Propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

Las variables dependientes son las que se miden.

2.8.3 Variable Dependientes

- ❖ A mayor información a las embarazadas.
- ❖ A mayor capacitación del personal de enfermería.
- ❖ A mayor conocimiento de las maniobras en el personal médico.
- ❖ A mayor cuidado de la paciente.

2.8.4 Variable Interdependientes

- ❖ Menores riesgos de hemorragias obstétricas.
- ❖ Menor riesgo de muerte materna.
- ❖ Mejores cuidados de enfermería.
- ❖ Mejores tratamientos médicos.
- ❖ Menores riesgos de complicaciones maternas.

2.9 ENCUESTAS Y RESULTADOS

El presente cuestionario tenía como propósito recabar información para la investigación de tesis sobre las hemorragias obstétricas. Fue aplicado a 50 mujeres entre las cuales se encontraban mujeres con embarazos primerizos, así como también mujeres que ya habían tenido más embarazos. Al finalizar la aplicación de las encuestas se recabo la información dando como resultado lo siguiente:

No.	Preguntas	SI	NO
1.	¿Es este su primer embarazo?	35	15
2.	¿Sabe usted cuánto dura un embarazo?	46	04
3.	¿Conoce lo que es una hemorragia obstétrica?	28	22
4.	¿Conoce los factores de riesgo de una hemorragia?	28	22
5.	¿Sabe cuáles son los síntomas de una hemorragia?	26	24
6.	¿Ha presentado síntomas de una hemorragia?	25	25
7.	¿Sabe usted que existen varios tipos de hemorragias obstétricas?	26	24
8.	¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia durante el embarazo?	37	17
9.	¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia durante el parto o cesárea?	31	19
10.	¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia después del parto o cesárea?	39	11
11.	¿Ha recibido orientación sobre este tema?	27	23
12.	¿Sabe usted que es el control prenatal?	35	15
13.	¿Sabe usted cuando debe de iniciar un control prenatal?	35	15
14.	¿Ha sido orientado sobre el control prenatal?	35	15
15.	¿Cree usted que la edad influya en un embarazo?	36	14
16.	¿Cree usted que la alimentación solo influya en el crecimiento de su bebe?	22	28
17.	¿Sabe usted que los problemas gestacionales aumentan de acuerdo al número de embarazos?	36	14
18.	¿Sabe usted que en la mayoría de los embarazos es posible presentar un cuadro de anemia?	34	16
19.	¿Sabe que es la coagulación?	27	23

20.	¿Sabe usted que la coagulación de la sangre influye en una hemorragia obstétrica?	24	26
21.	¿Sabe usted que es la placenta?	27	23
22.	¿Sabe usted que la placenta puede ocasionar una hemorragia?	26	24
23.	¿Sabe usted que la placenta puede ocasionar un daño o anomalía a su bebé?	28	22
24.	¿Sabe usted que de acuerdo a la ubicación de la placenta se puede considerar o no un embarazo de alto riesgo?	28	22
25.	¿Sabe usted que es una amenaza de aborto?	48	02
26.	¿Conoce los riesgos de una amenaza de aborto?	43	07
27.	¿Sabe usted cuáles son los síntomas de una amenaza de aborto?	44	06
28.	¿Ha presentado una amenaza de aborto?	17	33
29.	¿Sabe usted que es un parto pre término?	28	22
30.	¿Conoce usted cuáles serían las complicaciones de un parto pre término?	24	26
31.	¿Conoce que es una ruptura prematura de membranas?	17	33
32.	¿Conoce los factores de riesgo de una ruptura prematura de membranas?	24	26
33.	¿Sabe usted que una ruptura prematura de membranas puede ocasionar una hemorragia obstétrica?	24	26
34.	¿Sabe que es un embarazo ectópico?	26	24
35.	¿Conoce usted cuáles son las complicaciones de un embarazo ectópico?	25	25
36.	¿Conoce usted cuáles son los síntomas de un embarazo ectópico?	25	25
37.	¿Sabe usted que es una ruptura uterina?	27	23
38.	¿Conoce las causas de una ruptura uterina?	25	25
39.	¿Conoce los distintos tipos de ruptura uterina?	22	28
40.	¿Cree que el tema de las hemorragias solo es para mujeres embarazadas?	13	37
41.	¿Cree que todas las mujeres embarazadas conocen los riesgos que existen durante la gestación?	12	38
42.	¿Conoce usted mujeres que están o estuvieron embarazadas y desconocen del tema?	30	20
43.	¿Cree que sea adecuado que el tema deba ser conocido por más personas?	45	05
44.	¿Le interesaría saber más sobre este tema?	40	10
45.	¿Acudiría a pláticas sobre este tema?	29	21

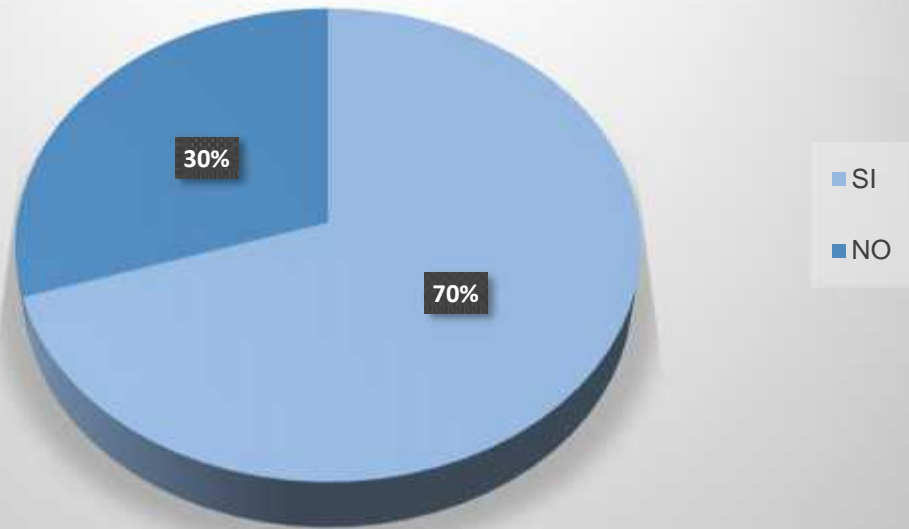
ENCUESTAS CON PORCENTAJE

No.	Preguntas	SI %	NO %
1.	¿Es este su primer embarazo?	70	30
2.	¿Sabe usted cuánto dura un embarazo?	92	08
3.	¿Conoce lo que es una hemorragia obstétrica?	56	44
4.	¿Conoce los factores de riesgo de una hemorragia?	56	44
5.	¿Sabe cuáles son los síntomas de una hemorragia?	52	48
6.	¿Ha presentado síntomas de una hemorragia?	50	50
7.	¿Sabe usted que existen varios tipos de hemorragias obstétricas?	48	52
8.	¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia durante el embarazo?	66	34
9.	¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia durante el parto o cesárea?	62	38
10.	¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia después del parto o cesárea?	78	22
11.	¿Ha recibido orientación sobre este tema?	54	46
12.	¿Sabe usted que es el control prenatal?	70	30
13.	¿Sabe usted cuando debe de iniciar un control prenatal?	70	30
14.	¿Ha sido orientado sobre el control prenatal?	70	30
15.	¿Cree usted que la edad influya en un embarazo?	72	28
16.	¿Cree usted que la alimentación solo influya en el crecimiento de su bebe?	44	56
17.	¿Sabe usted que los problemas gestacionales aumentan de acuerdo al número de embarazos?	72	28
18.	¿Sabe usted que en la mayoría de los embarazos es posible presentar un cuadro de anemia?	68	32
19.	¿Sabe que es la coagulación?	54	46
20.	¿Sabe usted que la coagulación de la sangre influye un una hemorragia obstétrica?	48	52
21.	¿Sabe usted que es la placenta?	74	26
22.	¿Sabe usted que la placenta puede ocasionar una hemorragia?	52	48
23.	¿Sabe usted que la placenta puede ocasionar un daño o anomalía a su bebe?	56	44

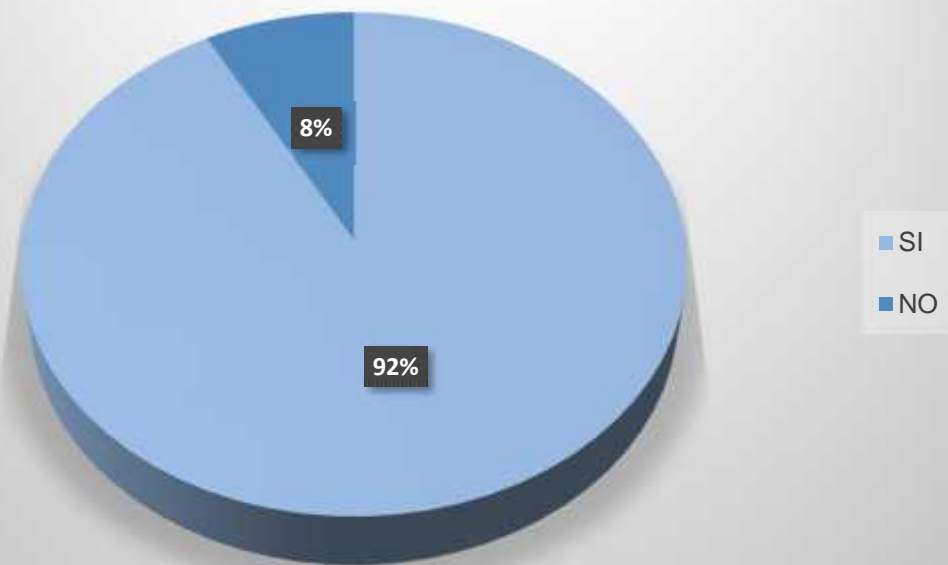
24.	¿Sabe usted que de acuerdo a la ubicación de placenta se puede considerar o no un embarazo de alto riesgo?	56	44
25.	¿Sabe usted que es una amenaza de aborto?	96	04
26.	¿Conoce los riesgos de una amenaza de aborto?	86	14
27.	¿Sabe usted cuales son los síntomas de una amenaza de aborto?	88	12
28.	¿Ha presentado una amenaza de aborto?	34	66
29.	¿Sabe usted que es un parto pre término?	56	44
30.	¿Conoce usted cuáles serían las complicaciones de un parto pre término?	48	52
31.	¿Conoce que es una ruptura prematura de membranas?	34	66
32.	¿Conoce los factores de riesgo de una ruptura prematura de membranas?	48	52
33.	¿Sabe usted que una ruptura prematura de membranas puede ocasionar una hemorragia obstétrica?	48	52
34.	¿Sabe que es un embarazo ectópico?	52	48
35.	¿Conoce usted cuales son las complicaciones de un embarazo ectópico?	50	50
36.	¿Conoce usted cuales son los síntomas de un embarazo ectópico?	50	50
37.	¿Sabe usted que es una ruptura uterina?	54	46
38.	¿Conoce las causas de una ruptura uterina?	50	50
39.	¿Conoce los distintos tipos de ruptura uterina?	44	56
40.	¿Cree que el tema de las hemorragias solo es para mujeres embarazadas?	26	74
41.	¿Cree que todas las mujeres embarazadas conocen los riesgos que existen durante la gestación?	24	76
42.	¿Conoce usted mujeres que están o estuvieron embarazadas y desconocen del tema?	60	40
43.	¿Cree que sea adecuado que el tema deba ser conocido por más personas?	90	10
44.	¿Le interesaría saber más sobre este tema?	80	20
45.	¿Acudiría a pláticas sobre este tema?	58	42

2.10 GRAFICAS

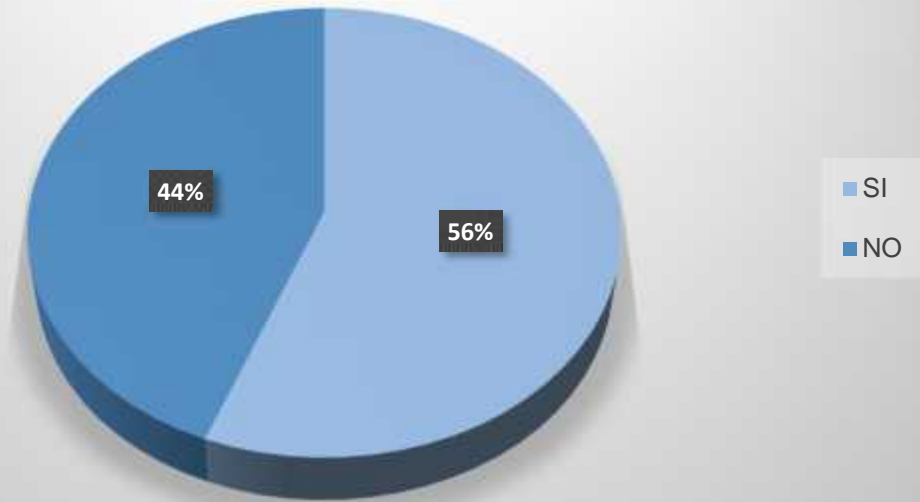
1.- ¿Es este su primer embarazo?



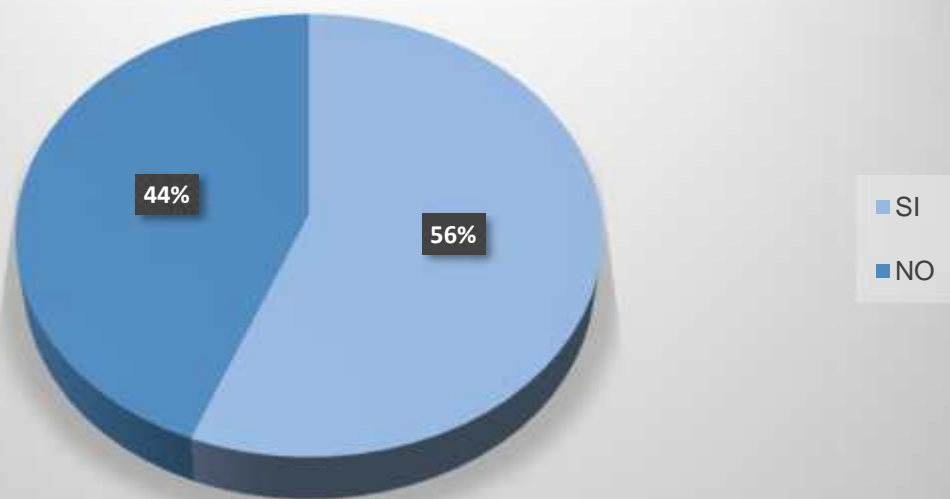
2.- ¿Sabe usted cuánto dura un embarazo?



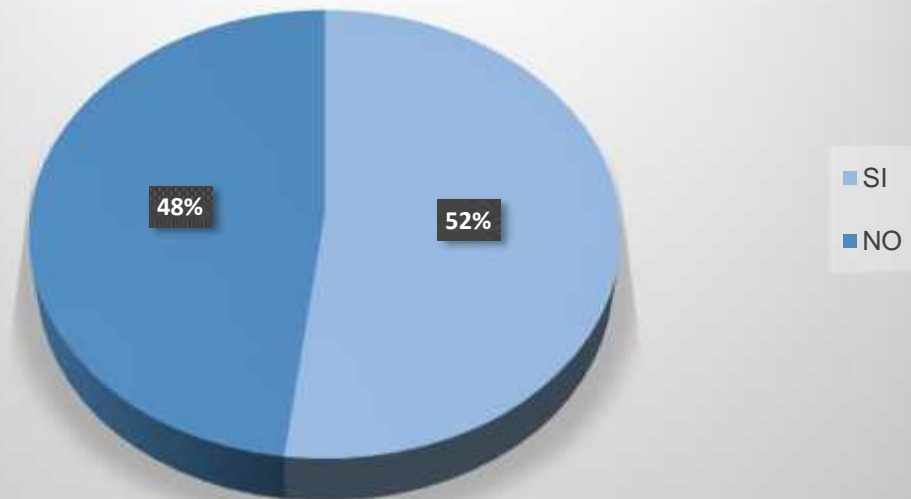
3.- ¿Conoce lo que es una hemorragia obstétrica?



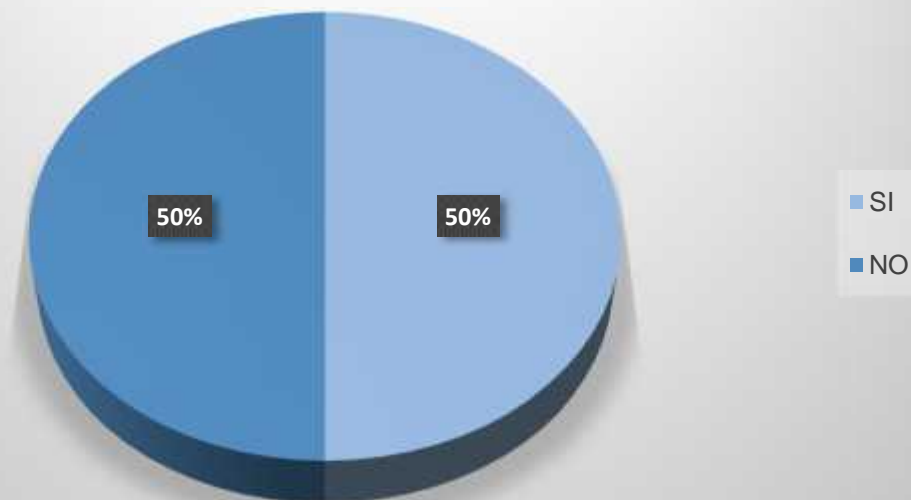
4.- ¿Conoce los factores de riesgo de una hemorragia?



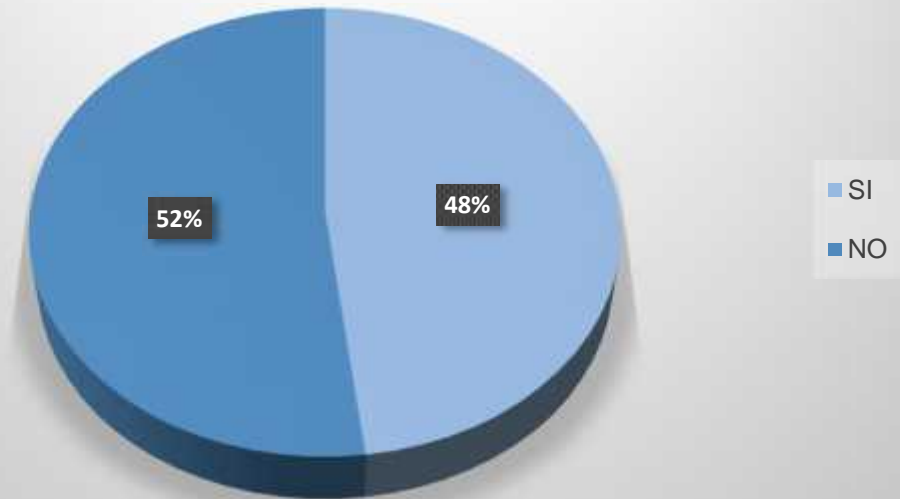
5.- ¿Sabe cuáles son los síntomas de una hemorragia?



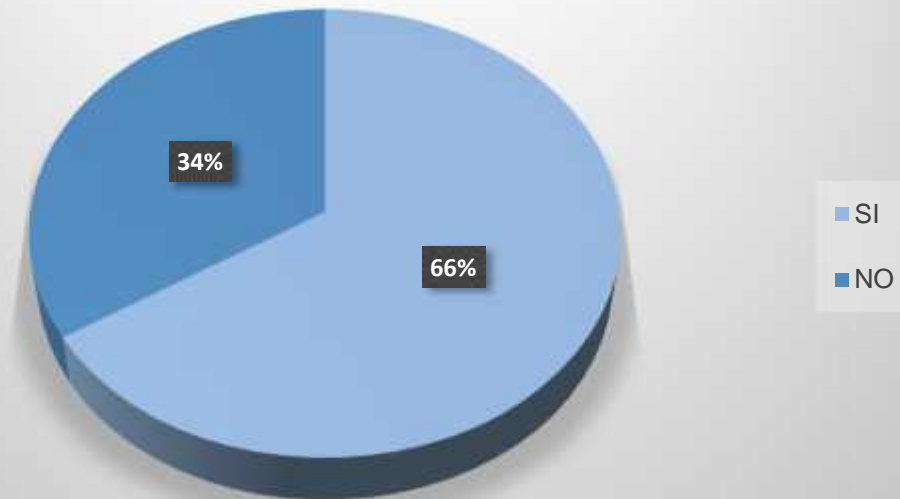
6.- ¿Ha presentado síntomas de una hemorragia?



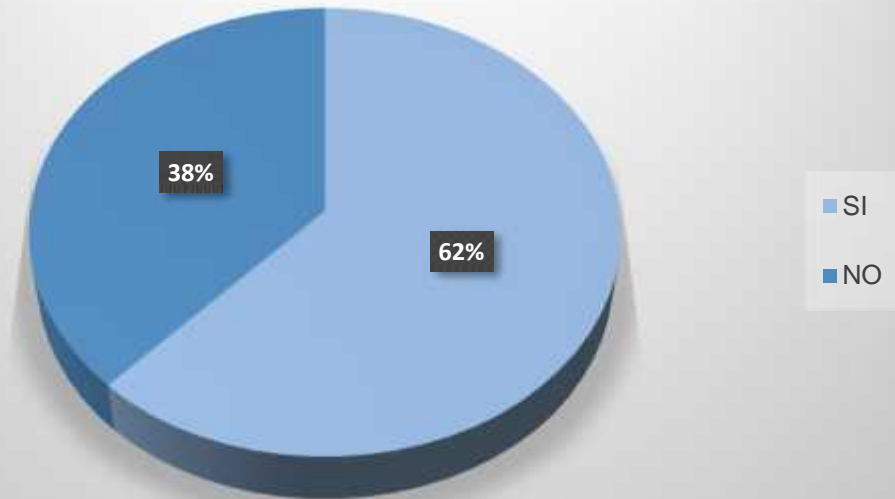
7.- ¿Sabe usted que existen varios tipos de hemorragias obstétricas?



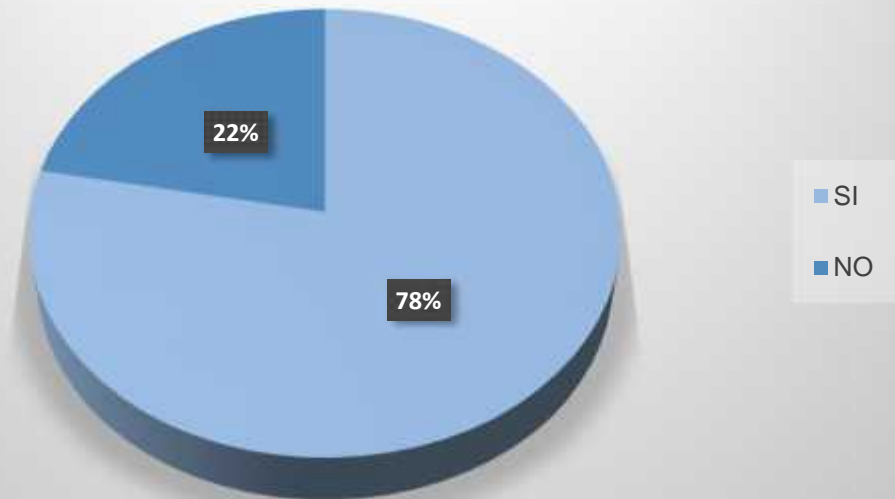
8.- ¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia durante el embarazo?



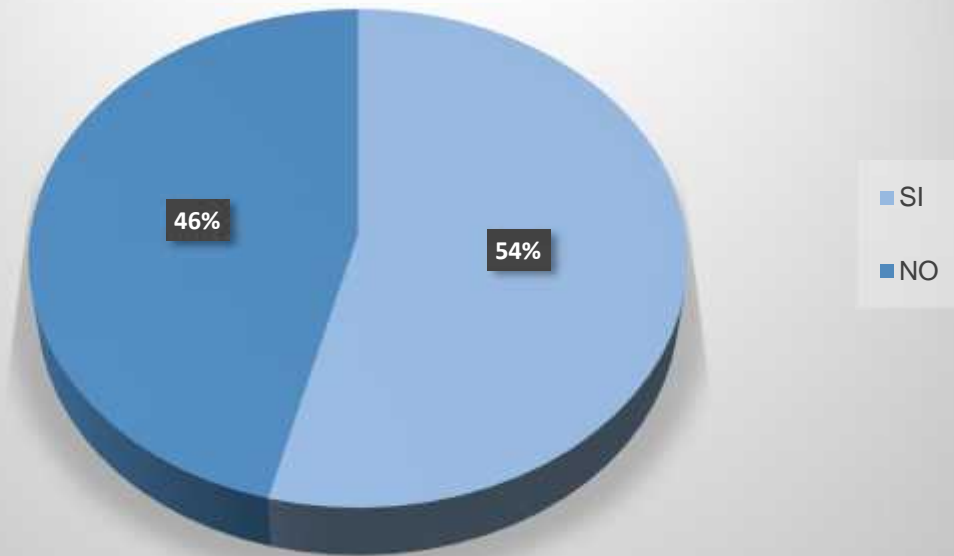
9.- ¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia durante el parto o cesárea?



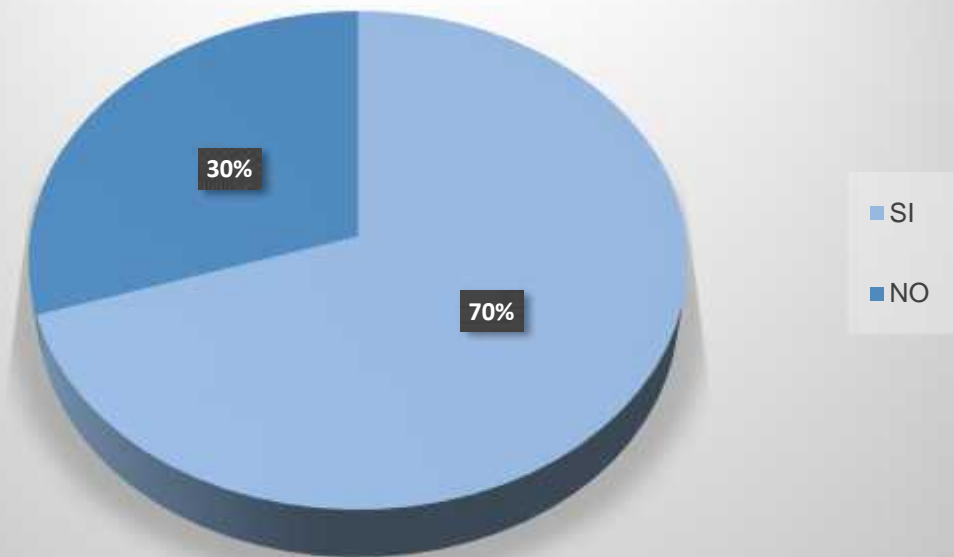
10.- ¿Sabe usted que puede presentar una hemorragia después del parto o cesárea?



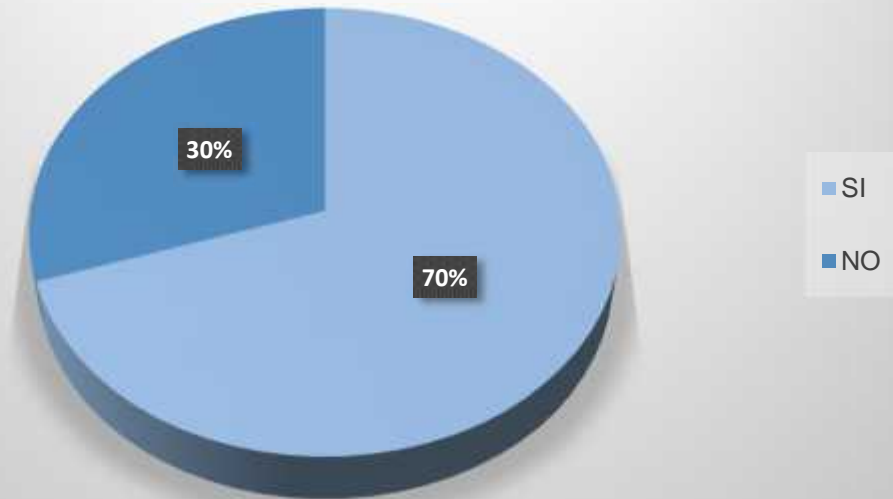
11.- ¿Ha recibido orientación sobre este tema?



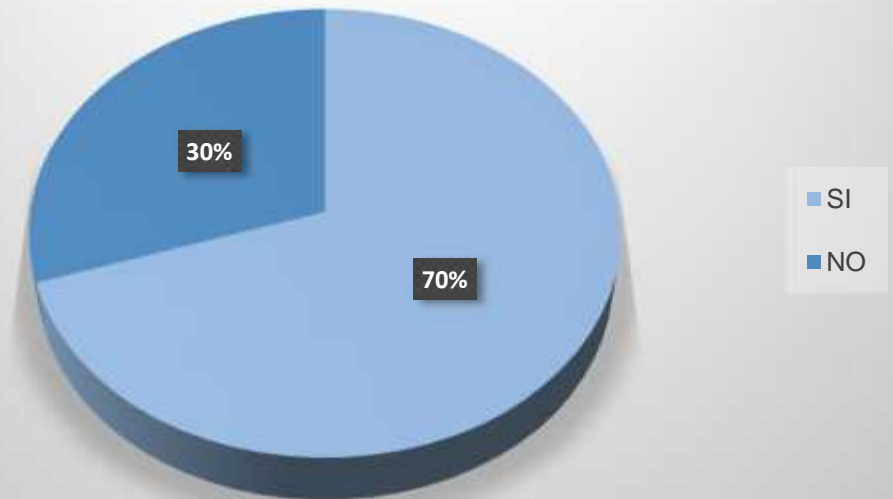
12.- ¿Sabe usted que es el control prenatal?



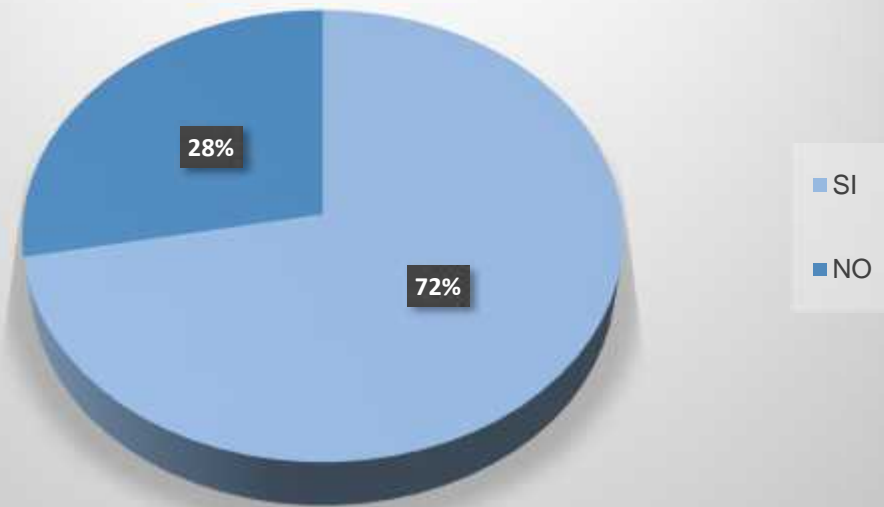
13.- ¿Sabe usted cuando debe de iniciar un control prenatal?



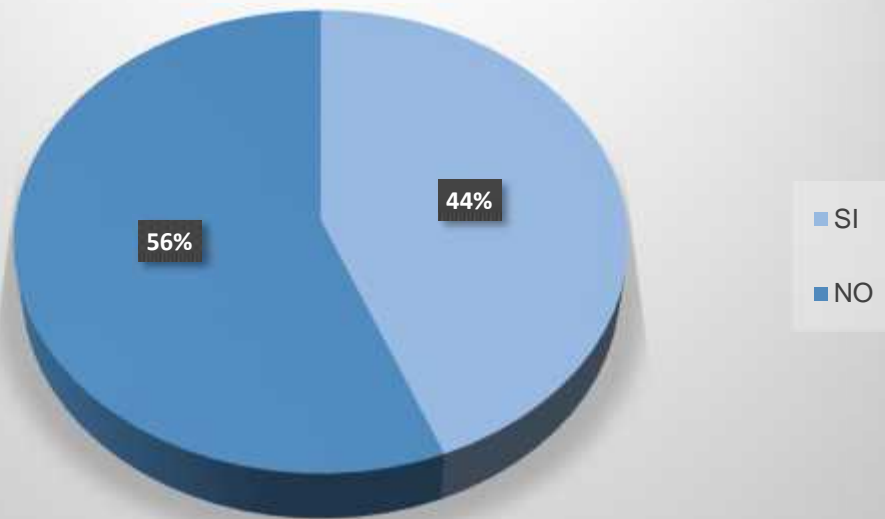
14.- ¿Ha sido orientado sobre el control prenatal?



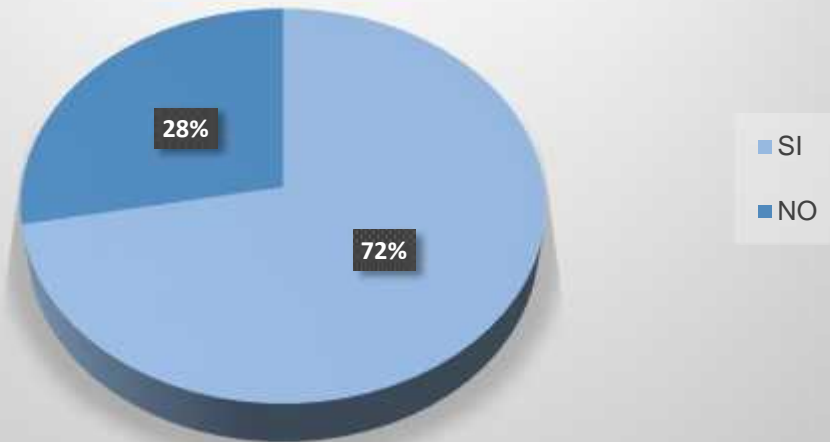
15.- ¿Cree usted que la edad influya en un embarazo?



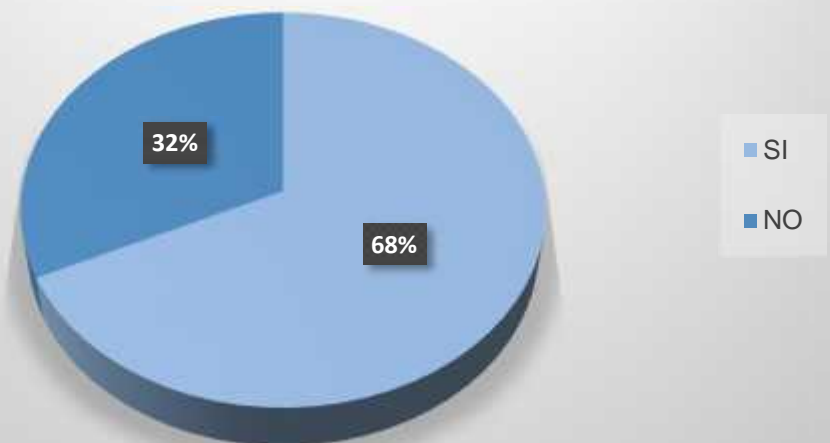
16.- ¿Cree usted que la alimentación solo influya en el crecimiento de su bebe?



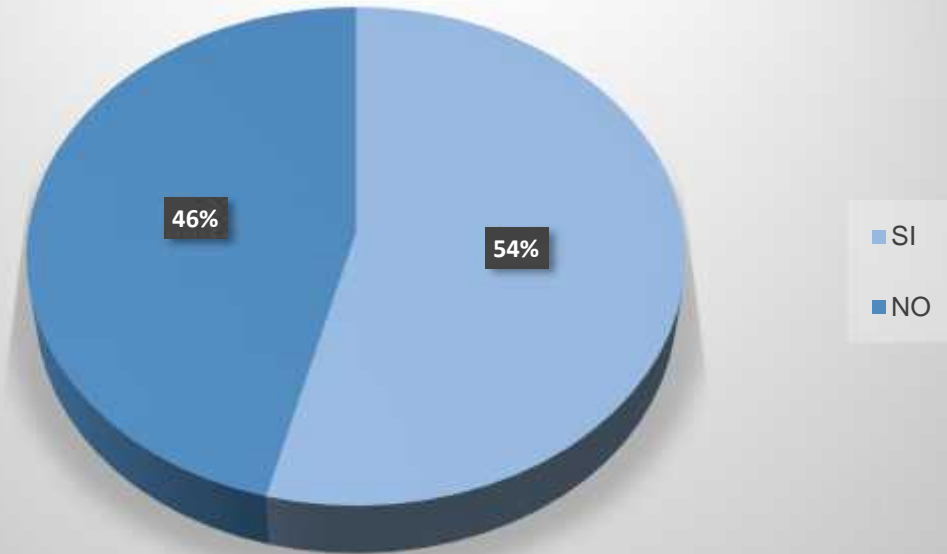
17.- ¿Sabe usted que los problemas gestacionales aumentan de acuerdo al número de embarazos?



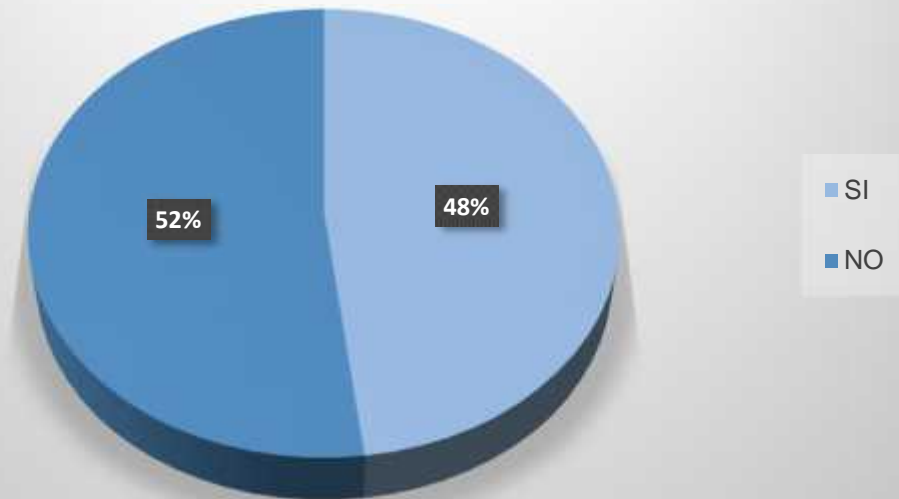
18.- ¿Sabe usted que en la mayoría de los embarazos es posible presentar un cuadro de anemia?



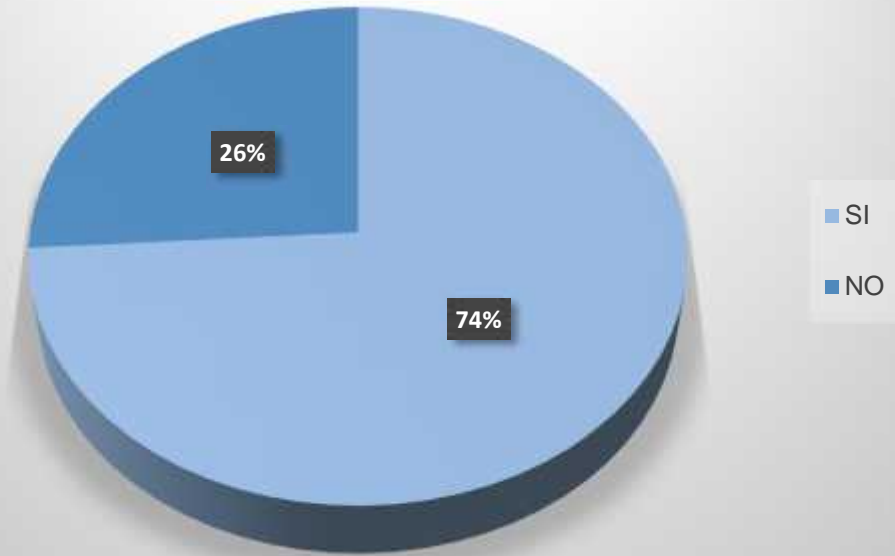
19.- ¿Sabe que es la coagulación?



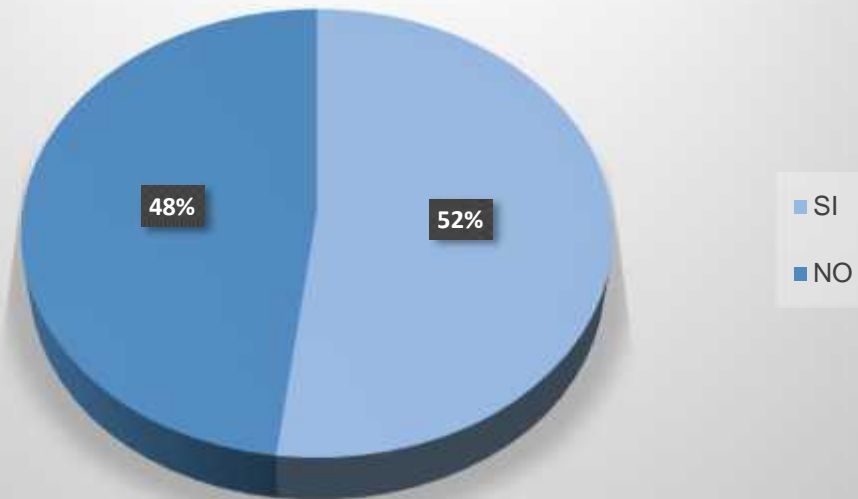
20.- ¿Sabe usted que la coagulación de la sangre influye un una hemorragia obstétrica?



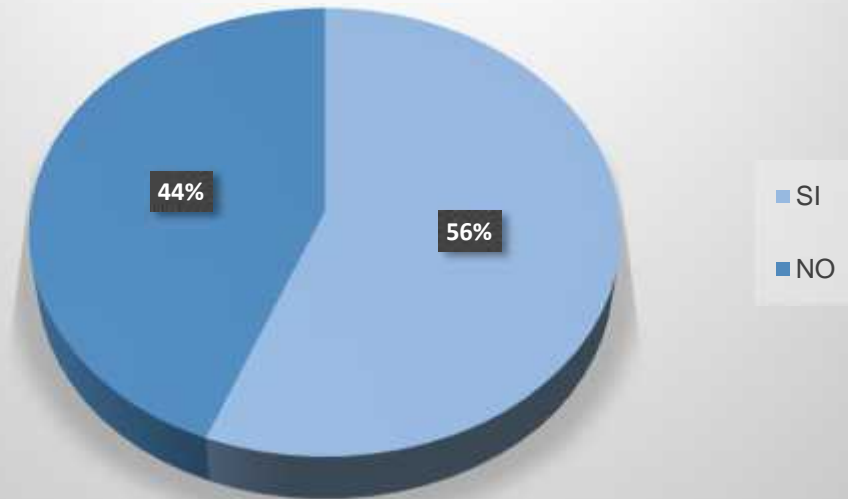
21.- ¿Sabe usted que es la placenta?



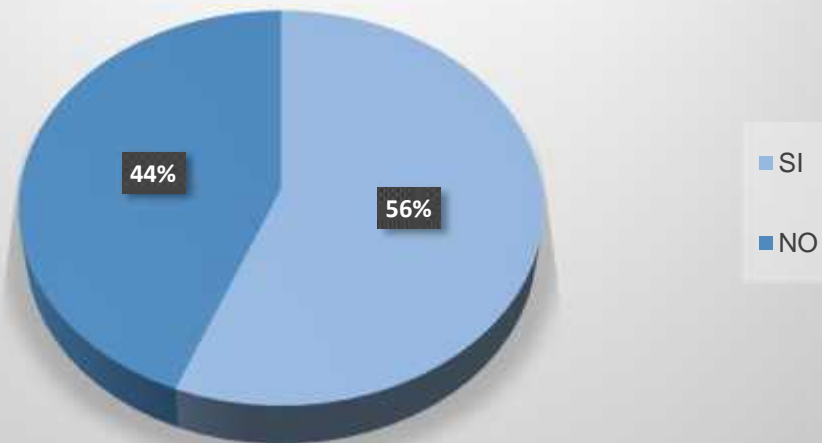
22.- ¿Sabe usted que la placenta puede ocasionar una hemorragia?



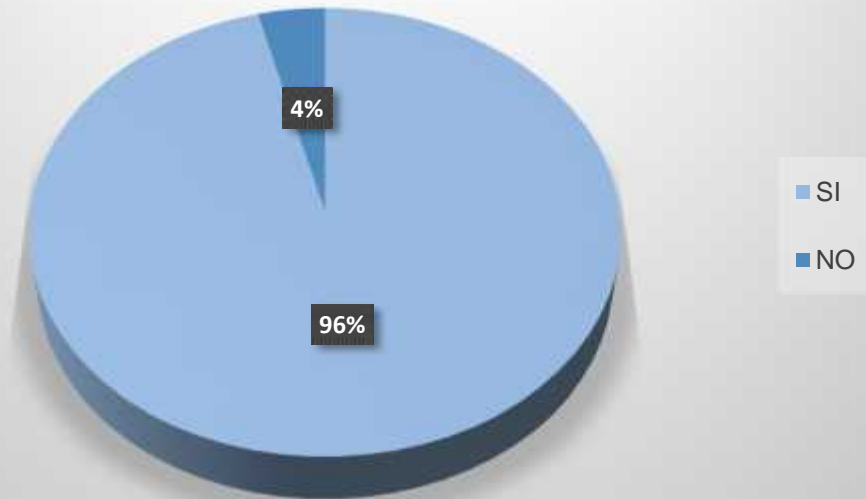
23.- ¿Sabe usted que la placenta puede ocasionar un daño o anomalía a su bebe?



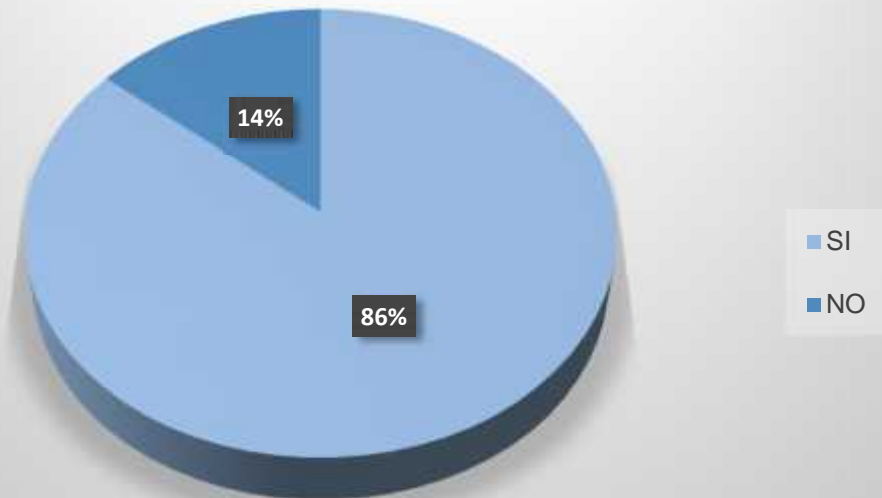
24.- ¿Sabe usted que de acuerdo a la ubicación de placenta se puede considerar o no un embarazo de alto riesgo?



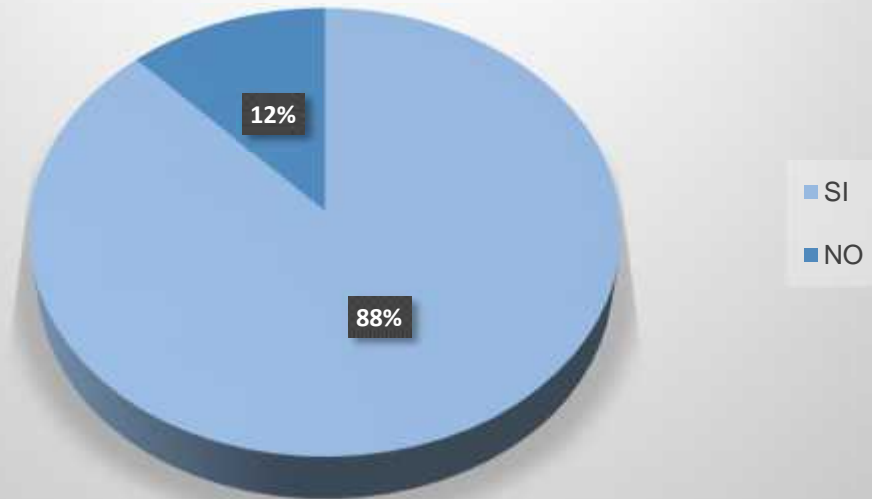
25.- ¿Sabe usted que es una amenaza de aborto?



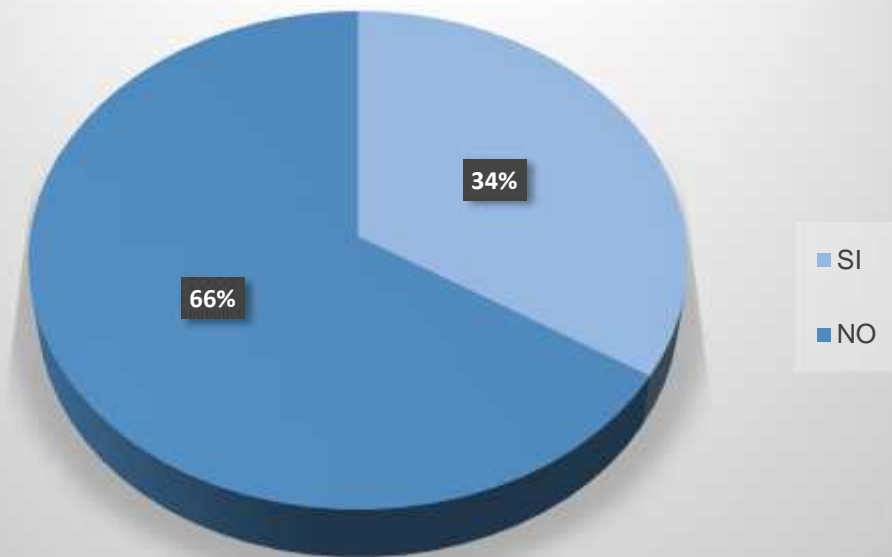
26.- ¿Conoce los riesgos de una amenaza de aborto?



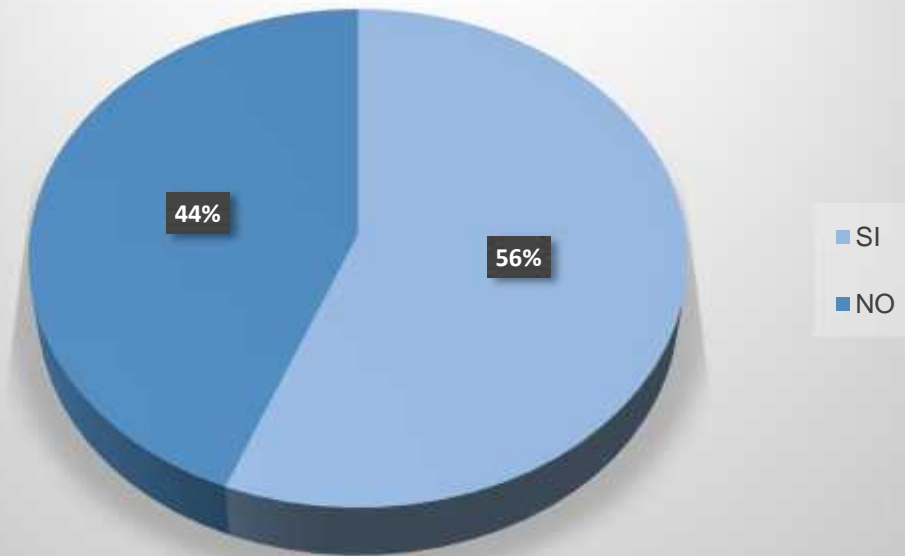
27.- ¿Sabe usted cuales son los síntomas de una amenaza de aborto?



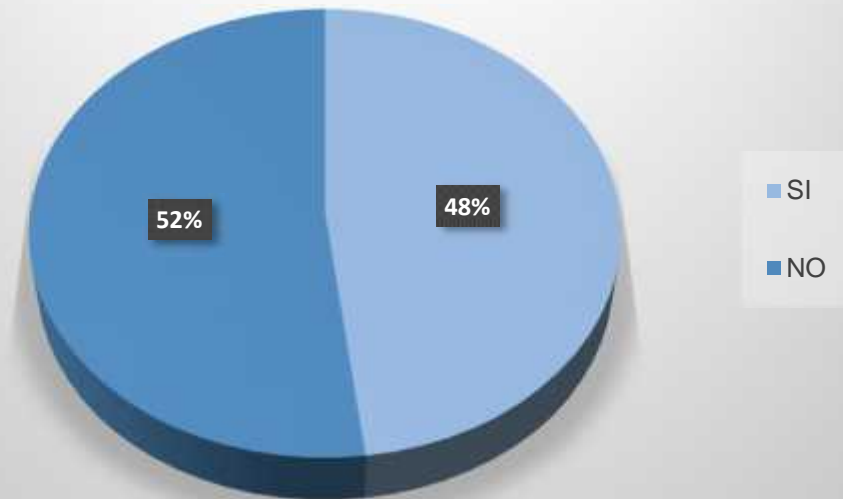
28.- ¿Ha presentado una amenaza de aborto?



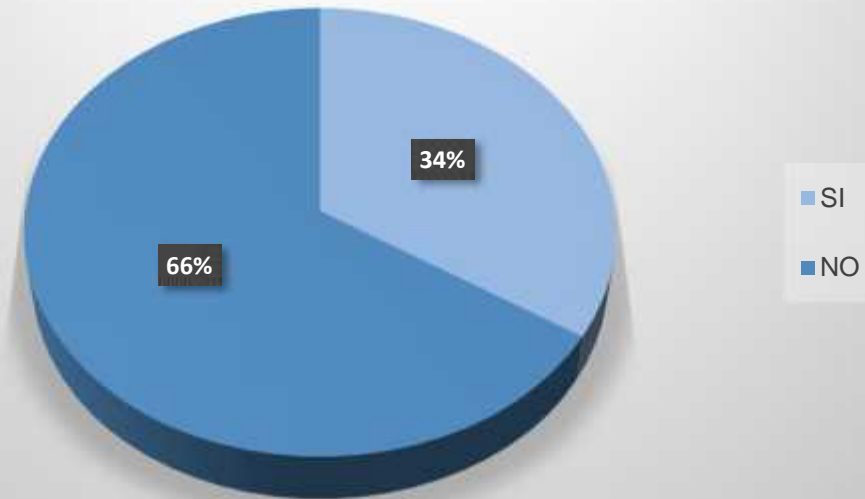
29.- ¿Sabe usted que es un parto pre término?



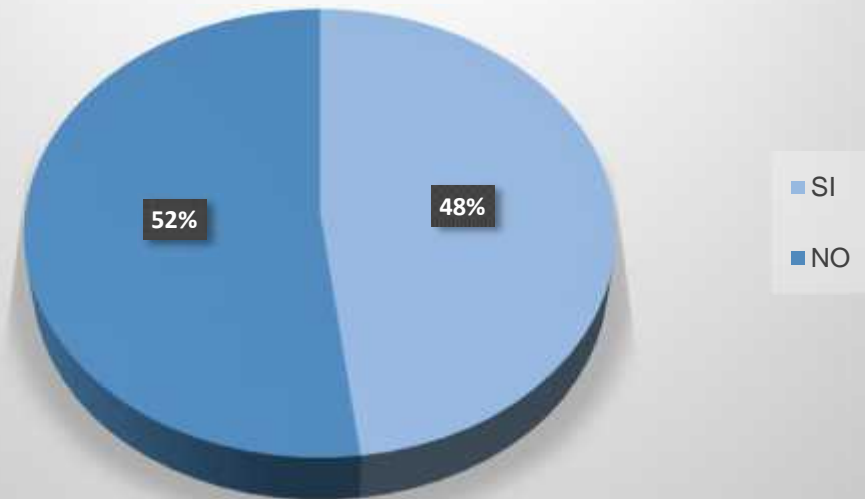
30.- ¿Conoce usted cuáles serían las complicaciones de un parto pre término?



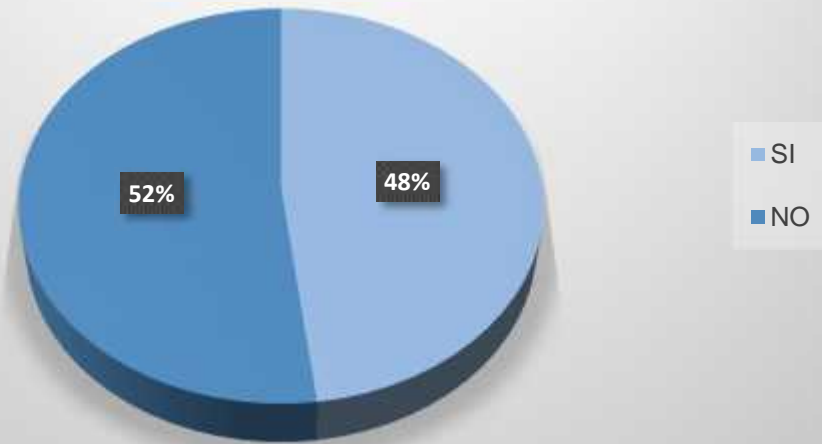
31.- ¿Conoce que es una ruptura prematura de membranas?



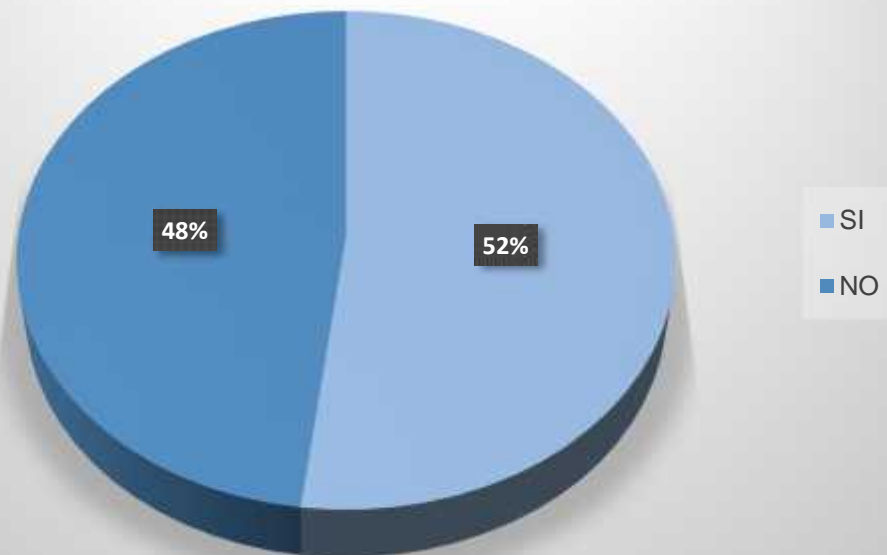
32.- ¿Conoce los factores de riesgo de una ruptura prematura de membranas?



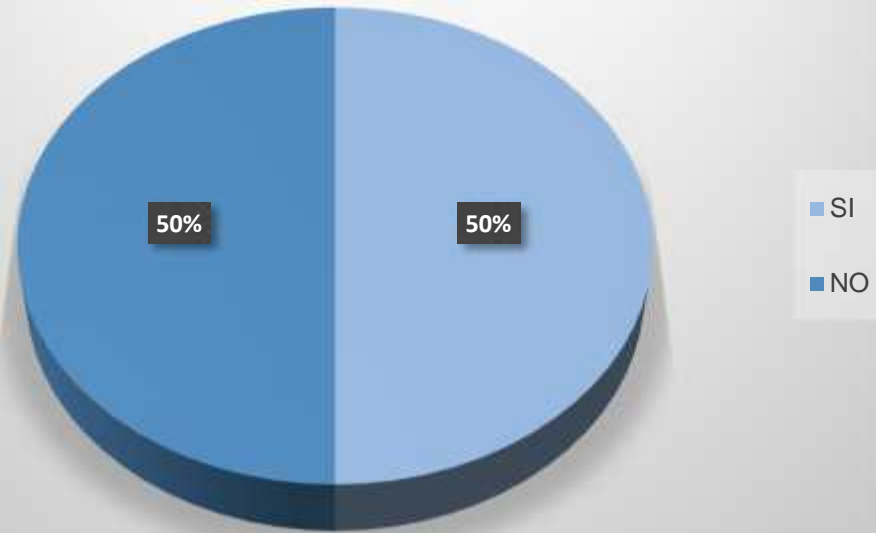
33.- ¿Sabe usted que una ruptura prematura de membranas puede ocasionar una hemorragia obstétrica?



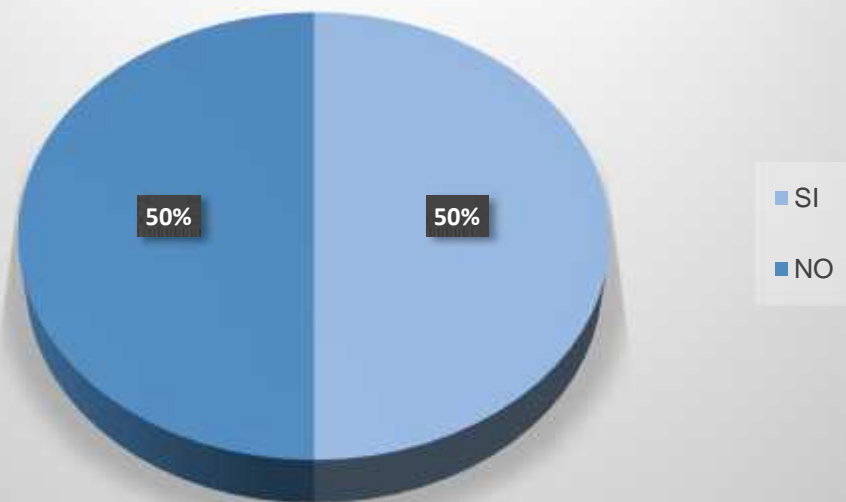
34.- ¿Sabe que es un embarazo ectópico?



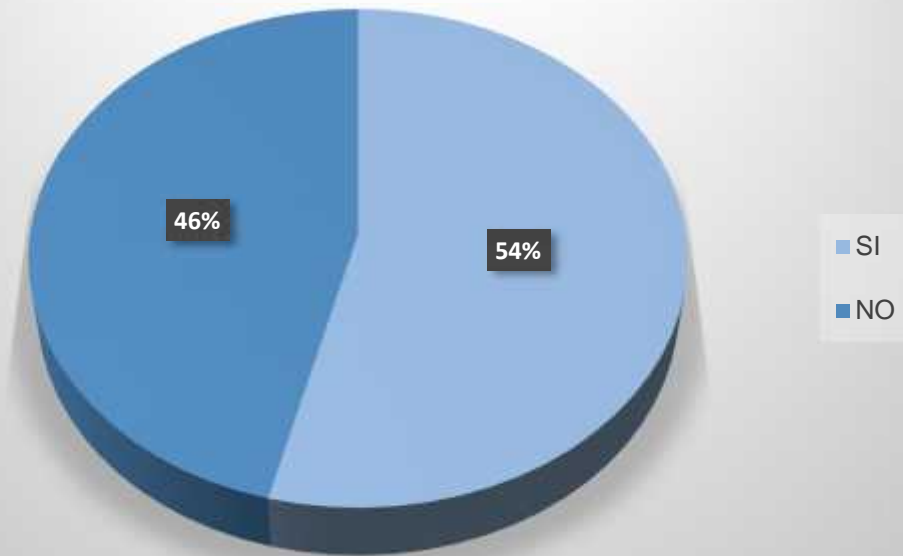
35.- ¿Conoce usted cuales son las complicaciones de un embarazo ectópico?



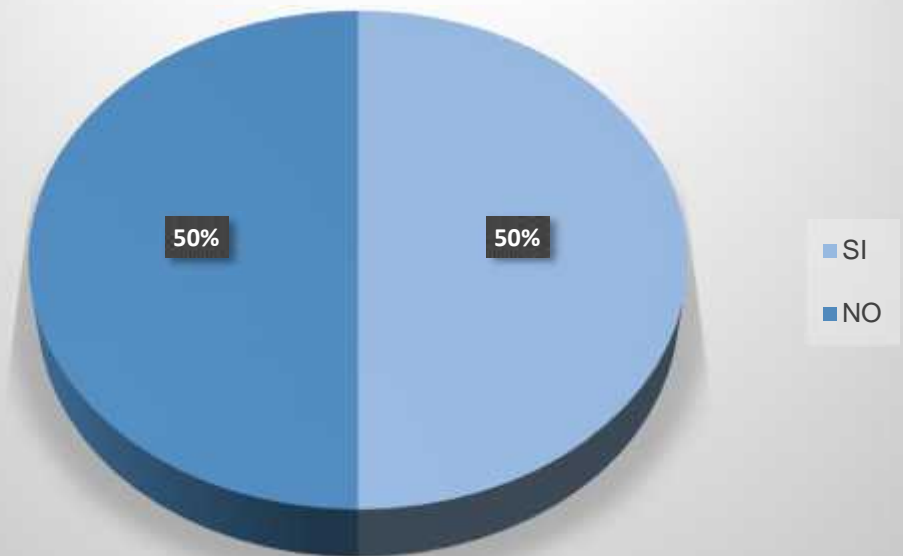
36.- ¿Conoce usted cuales son los síntomas de un embarazo ectópico?



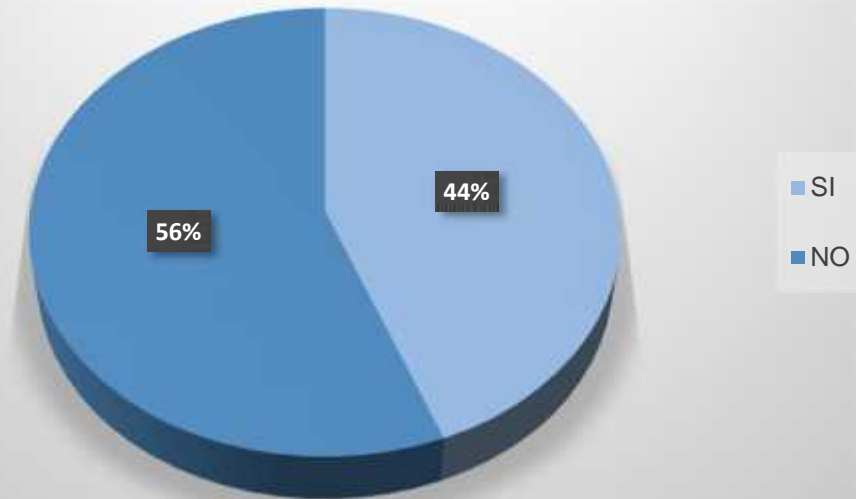
37.- ¿Sabe usted que es una ruptura uterina?



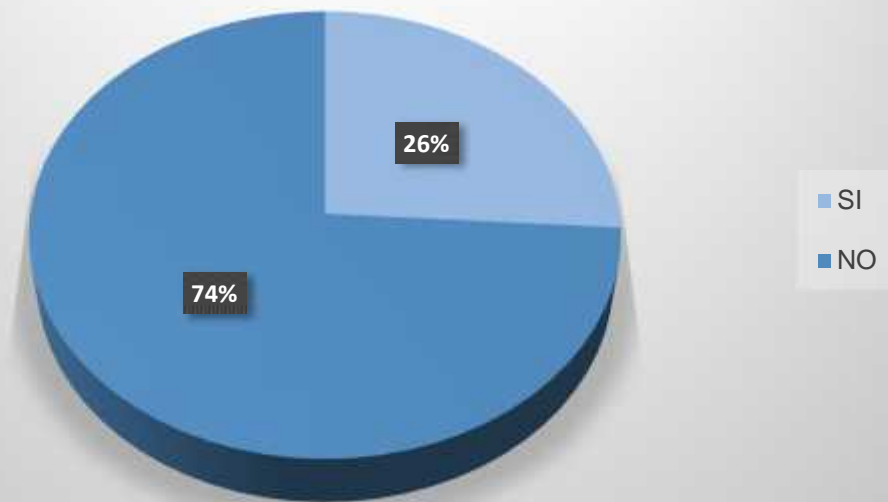
38.- ¿Conoce las causas de una ruptura uterina?



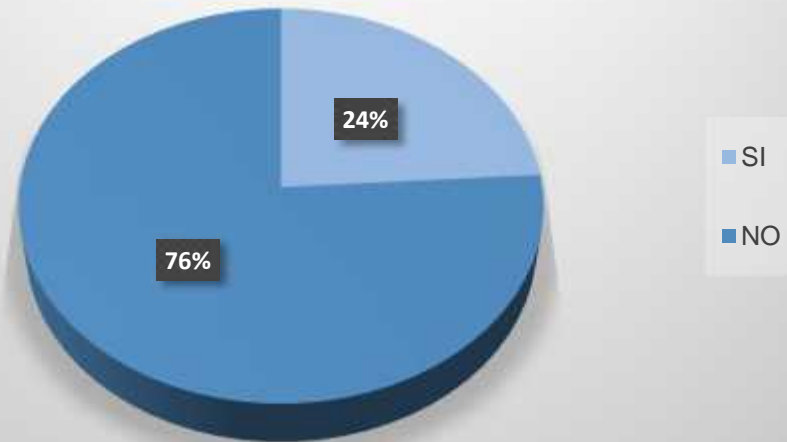
39.- ¿Conoce los distintos tipos de ruptura uterina?



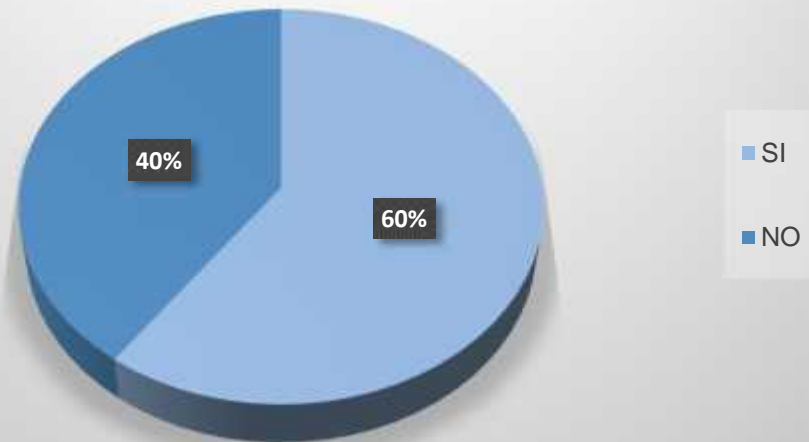
40.- ¿Cree que el tema de las hemorragias solo es para mujeres embarazadas?



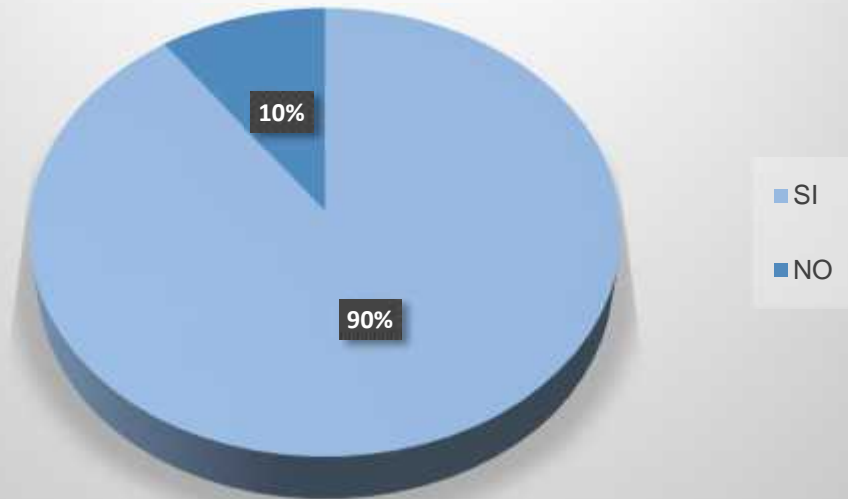
41.- ¿Cree que todas las mujeres embarazadas conocen los riesgos que existen durante la gestación?



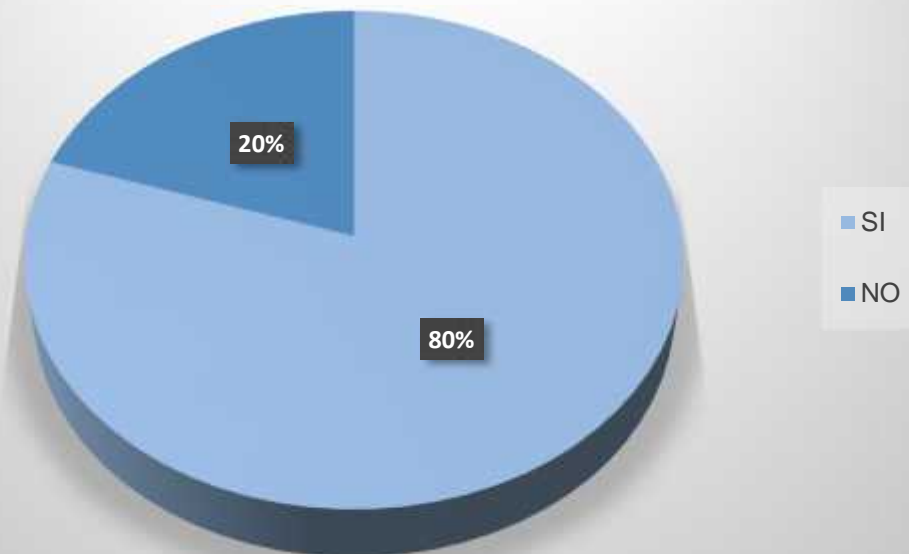
42.- ¿Conoce usted mujeres que están o estuvieron embarazadas y desconocen del tema?



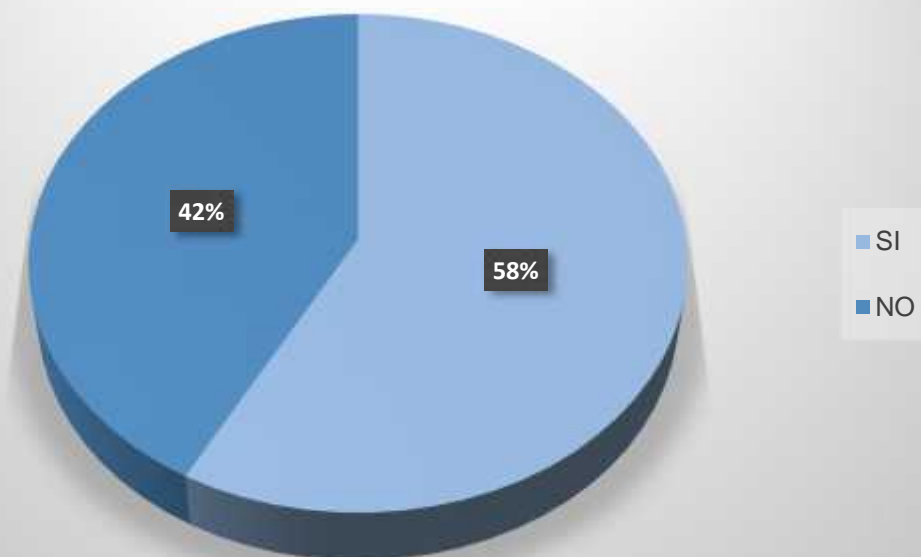
43.- ¿Cree que sea adecuado que el tema deba ser conocido por más personas?



44.- ¿Le interesaría saber más sobre este tema?



45.- ¿Acudiría a pláticas sobre este tema?



3.-GENERALIDADES

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN:

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva.

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea:

- ❖ Es la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos.
- ❖ Es aquel sangrado que se produce a través de la vagina en cualquier momento del embarazo y cuya presencia no esta justificada.

Durante las primeras 20 semanas de gestacion el aborto, el embarazo ectópico, y la mola hidatiforme, son las principales causas del sangrado tranvaginal

Las hemorragias que se presentan en el tercer trimestre del embarazo suelen ser de riesgo ya que estos sangrados con mayor frecuencia ponen la vida de la madre y del feto.

3.2 CLASIFICACIÓN

El sangrado es un síntoma frecuente durante el primer trimestre de gestación. Existen varias causas que pueden ocasionar un sangrado en el primer trimestre, De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en:

3.2.1. PREPARTO

Es la hemorragia vaginal en el embarazo temprano, la que se debe a:

- ❖ Sangrado por implantación
- ❖ Amenaza de aborto
- ❖ Aborto espontáneo
- ❖ Embarazo ectópico
- ❖ Embarazo molar
- ❖ Enfermedades del trofoblasto
- ❖ Lesiones vaginales
- ❖ Lesiones cervicales locales
- ❖ Trastornos de coagulación

3.2.2. SANGRADO POR IMPLANTACIÓN:

Se trata de un sangrado escaso, que puede aparecer en algunas mujeres embarazadas en las fechas en la que debería aparecer la regla. Este hecho, puede generar confusión a la mujer puesto que en ocasiones, puede interpretarlo como si fuese una regla muy escasa. Se considera un evento fisiológico y que no pone en riesgo la evolución de la gestación.

El óvulo, una vez fecundado por un espermatozoide, comienza su desarrollo y migración hasta la cavidad uterina para implantar en el endometrio y dar inicio a un embarazo.

Normalmente, la mujer no tiene síntomas durante la fecundación del óvulo en estos primeros días de gestación. Sin embargo, la implantación del embrión sí puede dar lugar a algunos síntomas, entre los que destaca el sangrado de implantación.

Considerado uno de los signos de embarazo más fácil de detectar, el sangrado de implantación se puede producir en tres de cada diez mujeres, aproximadamente.

Por otro lado, este fenómeno no siempre ocurre asociado a la implantación

propriadamente dicha y, desde luego, no está asociado en sí mismo a ningún problema con el embarazo. ¿Por qué ocurre? ¿Cómo se diferencia un sangrado por implantación de la menstruación normal y corriente?

Cuando se fecunda el óvulo, en su unión con el espermatozoide, comienza el proceso de división celular que dará lugar al embrión. En ese momento, este embrión que comienza a formarse viaja desde las trompas de Falopio hasta el útero, donde ocurre su implantación. Este proceso lleva entre seis y diez días una vez que se ha producido la fecundación, y cuando ocurre, el embrión es apenas una masa de células que se adhiere a la pared uterina.

Este entorno está muy irrigado por arterias, venas y vasos sanguíneos ya que es un tejido especialmente preparado para “alimentar” al embrión y condicionar su buen desarrollo. Por esta razón, debido a la propia implantación embrionaria, se pueden romper algunos de estos vasos, provocando la pérdida de sangre y el consecuente manchado. A esto es lo que llamamos sangrado tras la implantación y puede ocurrir entre los diez y los catorce días después de la concepción, durante la llegada del embrión al útero.

3.2.2. LA IMPLANTACIÓN EMBRIONARIA

La implantación del embrión es el proceso por el cual el óvulo fecundado se adhiere al endometrio para continuar con su desarrollo y dar lugar a un embarazo evolutivo. Gracias a la implantación, este embrión podrá recibir oxígeno y nutrientes de la madre por vía sanguínea durante los próximos meses de gestación.

La implantación embrionaria comienza el séptimo u octavo día de desarrollo embrionario, es decir, después de la fecundación del óvulo por el espermatozoide, y puede durar varios días. Para que pueda producirse esta implantación embrionaria, es necesario que el endometrio de la madre sea receptivo, que el

embrión se encuentre en estado de blastocito y que exista una total sincronía entre ambos.

Durante el proceso de implantación, el blastocito invade el endometrio y rompe sus vasos sanguíneos para formar unos nuevos que le permitan el intercambio con la sangre materna a través de la placenta y el cordón umbilical. La rotura de estos pequeños vasos del endometrio hace que se produzca el sangrado de implantación. Para conocer detalladamente qué es y cómo se produce la implantación del embrión, puedes acceder al siguiente artículo: [La implantación embrionaria](#).

La implantación embrionaria tiene lugar en la cuarta semana de embarazo, momento en el cual empieza la producción de la hormona beta-hCG y el test de embarazo puede dar lugar a un positivo.

A partir de este momento, hay un aumento de las hormonas relacionadas con la gestación (beta-hCG y progesterona), que son las responsables de los típicos síntomas de embarazo. Estos síntomas no suelen notarse hasta más adelante, alrededor de la quinta o sexta semana de gestación, aunque hay mujeres que pueden empezar a sufrirlos antes.

¿Cómo es el sangrado de implantación?

Como decíamos, el sangrado tiene lugar entre seis y diez días después de la fecundación, momento que suele coincidir con la fecha prevista para la menstruación. Pero, a diferencia de ésta, el sangrado se identifica por ser, normalmente, más ligero, con una textura más fina y con un color menos intenso. También suele ser más oscuro, aunque no es raro que tenga un color rojo vivo o rosado, aunque, de nuevo, más ligero que el de la menstruación.

El sangrado de implantación no sigue un patrón fijo, y puede darse en un solo embarazo o en todos, indistintamente. También puede ocurrir el manchado coincidente con la fase lútea, el cual obedece a una cuestión hormonal y no está directamente relacionado con la implantación, aunque podría confundirse con éste.

Las pérdidas debidas a la implantación embrionaria pueden durar de uno a tres días, y la intensidad del sangrado se detecta fácilmente ya que es menor que la de una

menstruación normal, aunque esto puede variar enormemente entre mujeres. Pero lo más común es observar la diferencia sin problema

El sangrado de implantación consiste en un ligero sangrado vaginal que tiene lugar unos pocos días después de la implantación. A veces, es tan escaso que se llama manchado de implantación.

La duración del sangrado de implantación depende de cada mujer. Generalmente, es algo puntual, aunque puede llegar a durar varios días o una semana con pequeños manchados intermitentes.

El sangrado de la implantación es un síntoma de embarazo, ya que se produce cuando el embrión penetra y se adhiere al endometrio, dando lugar a una gestación evolutiva.

Cabe destacar que el sangrado de implantación no siempre ocurre en todos los embarazos. Lo más habitual es que la mujer no tenga ningún tipo de sangrado al quedarse embarazada

¿Cuándo aparece el sangrado de implantación?

El sangrado tras la implantación suele tener lugar en las primeras semanas de gestación dado que el útero está notablemente irrigado y puede sangrar con facilidad. Cuando el embrión, se adhiere a la pared interna del útero, rompe unas pequeñas venas y arterias del endometrio, lo que puede provocar el sangrado.

Esto no ocurre porque el proceso sea “violento”. El embrión ha de quedar perfectamente conectado con el tejido del endometrio para asegurar el intercambio de nutrientes en el delicado proceso de gestación que ocurrirá en los meses siguientes. Así, el embrión rompe los capilares superficiales del endometrio con la intención de formar algunos nuevos que lo unirán y servirán para alimentar la nueva vida a través de la futura placenta.

La sangre perdida en este proceso es lo que identificamos como sangrado de implantación. Y por esta razón es ligeramente diferente y podemos diferenciarla en comparación con la sangre menstrual. Aunque no siempre es indicativa, pues el

tejido del endometrio está muy irrigado (siempre) y las pérdidas podrían producirse por otras razones igualmente naturales.

Si tenemos en cuenta un ciclo menstrual de 28 días, donde la ovulación se produce a mitad del ciclo, es frecuente que el sangrado de implantación tenga lugar unos 7 o 10 días después de la ovulación.

Dicho de otra manera, el sangrado de implantación suele aparecer sobre los días 21-24 del ciclo menstrual, justo antes de que venga la regla. Por tanto, es fácil confundirlo con un adelanto de la propia menstruación, sobre todo en aquellas personas de ciclos irregulares.

Solamente aquellas mujeres que se encuentran en búsqueda del embarazo y que llevan un estricto control de su ciclo menstrual son capaces de identificar este sangrado de implantación como un signo del embarazo.

3.2.3. SANGRADO DE IMPLANTACIÓN EN EL CICLO MENSTRUAL

Por otra parte, para aquellas mujeres que se encuentran en el periodo de la beta espera después de un tratamiento de reproducción asistida, es importante puntualizar que el sangrado de la implantación no se produce en la mayoría de ocasiones. Por tanto, el hecho de no tener un manchado durante la beta espera no significa necesariamente que el tratamiento no haya funcionado.

Para comprobar de manera fiable si la mujer ha conseguido el embarazo, es necesario hacer un test de orina o la prueba de la beta-hCG en sangre en el momento adecuado. Si quieres saber más detalles relacionados con este tema, te recomendamos seguir leyendo aquí: [¿Cuándo se debe hacer la prueba de embarazo para que resulte fiable?](#)

[¿Menstruación o sangrado por implantación?](#)

Como decíamos, el problema principal que confunde estos dos tipos de menorragia es su coincidencia en el tiempo. Pero la diferencia esencial se encuentra, precisamente, en la intensidad del manchado, que es mucho menor que el de la

menstruación común. Por otro lado, su duración también es un signo de que estamos ante el sangrado de implantación.

Esta puede ser de unas pocas horas o, en ocasiones, prolongarse durante varios días como un manchado leve e intermitente, distinto al patrón más regular de la menorrea. Junto al sangrado tras la implantación puede apreciarse un retraso menstrual posterior, dolores similares al de esta, una ligera hinchazón de los senos, o, incluso, algunos desajustes leves: ligeras náuseas, cansancio, etc.

No obstante, es importante saber que esto no siempre es indicativo de un embarazo, pues estos síntomas son comunes muchos otros estados físicos y anímicos, por lo que no son indicadores infalibles para diferenciar una menstruación de un sangrado de implantación.

Puesto que el sangrado de implantación es una hemorragia vaginal que se produce al final del ciclo menstrual, resulta fácil de confundir con la menstruación tal y como hemos explicado en el apartado anterior.

Sin embargo, el sangrado de implantación tiene algunas características que nos permiten reconocerlo:

- ❖ Es un manchado algo más ligero que la regla y de textura más fina.
- ❖ Su color puede ser rosado, marrón o tirando a rojo, aunque no suele ser un color tan intenso como la sangre de la menstruación.
- ❖ Su duración puede ser de unas pocas horas o, por otra parte, prolongarse durante varios días como un manchado leve e intermitente.

El sangrado de implantación se da alrededor de la fecha esperada de la menstruación, que tiene que venir referente al próximo ciclo de la mujer, suele ser un sangrado muy escaso, entre amarronado y rojizo, que puede durar un día, dos días o puede durar más tiempo.

Generalmente, lo saben notar bien las mujeres que están buscando el embarazo, sino suele ser algo que se pasa de largo y uno no tiene que estar tampoco pendiente porque lo más probable es que ni siquiera lo tenga.

Otros síntomas de implantación

Además del sangrado de implantación que hemos comentado, existen otros síntomas de embarazo que pueden aparecer junto a este manchado, de manera que ayudan a determinar si realmente se trata de la implantación o de la menstruación.

No obstante, es importante tener en cuenta que algunos síntomas de embarazo son similares a los síntomas premenstruales y, por tanto, pueden causar más dudas y confusión.

A continuación, vamos a indicar algunos síntomas propios del embarazo:

- ❖ Retraso menstrual
- ❖ Cólicos, de uno o dos días de duración, similares al dolor que se siente durante la menstruación
- ❖ Ligero hinchazón de los senos, sobre todo de la aureola y el pezón
- ❖ Molestias por diarrea o estreñimiento, así como acidez de estómago
- ❖ Frecuentes ganas de orinar
- ❖ Somnolencia y cansancio
- ❖ Náuseas e incluso vómitos, especialmente al despertarse
- ❖ Aborrecimiento de la comida, tabaco y ciertos olores
- ❖ Primeros antojos, mayor número de comidas con menor cantidad de alimentos

También es posible que la mujer tenga estos síntomas de implantación sin el sangrado característico que hemos descrito en este post. Cada mujer es diferente y existe una gran variabilidad en cuanto a los síntomas que se notan a lo largo de una gestación.

Para saber más sobre los primeros síntomas de embarazo, puedes consultar este artículo: [Primeros síntomas de embarazo antes del retraso menstrual](#).

La observación excesiva de cualquier tipo de signo o cambio en el cuerpo, unido al enorme deseo de ser madre y al miedo de no conseguirlo, puede hacer que la propia mujer se provoque los síntomas de embarazo sin estarlo.

Por tanto, lo más recomendable durante la búsqueda y planificación del embarazo es estar tranquilas, intentar relajarse con alguna actividad placentera y evitar analizar cada síntoma de forma obsesiva.

3.3 AMENAZA DE ABORTO

Es un estado de alerta que sugiere que puede ocurrir un aborto espontáneo antes de la semana 20 del embarazo. El sangrado vaginal en las primeras semanas de gestación es un síntoma frecuente de esta situación.

Hemorragias en la primera mitad de la gestación <20 semanas

1) GESTACIÓN CONTROLADA

Si nos encontramos ante una gestación controlada, ésta será intrauterina, excepción hecha con la gestación heterotópica.

Para asociar el origen del sangrado hay que tener en cuenta que:

- ❖ Es necesario explorar los genitales externos para descartar un sangrado vulvar.
- ❖ Las lesiones vaginales habitualmente requieren sutura.
- ❖ Los sangrados cervicales tienen diversos orígenes:
- ❖ Ectopia propia del embarazo
- ❖ Cervicitis
- ❖ Intracavitario: amenaza de aborto o aborto en curso. El diagnóstico diferencial se establece mediante el tacto vaginal. Si el cuello es permeable es un aborto en curso.

Aborto El tratamiento es la evacuación uterina, que puede realizarse de diversas maneras.

Tratamiento

- ❖ Expectante: el resultado del tratamiento expectante es variable dependiendo de las características del aborto, siendo muy alta la eficacia en los casos en los que los restos son <50 mm o en abortos incompletos (eficacia del 94%). Este manejo ha supuesto una reducción en la infección pélvica clínica (respecto al manejo quirúrgico) y sin efectos en la fertilidad¹.
- ❖ Médico: las tasas de eficacia varían del 13 al 96% dependiendo del tamaño del saco y del tipo de aborto. Las mayores tasas de éxito se asociaron a abortos incompletos, a la administración de altas dosis de misoprostol (1.200-1.400 µg) y a la administración por vía vaginal. En abortos diferidos los regímenes efectivos incluyen una mayor dosis de prostaglandinas con una duración mayor. Se ha identificado una reducción del riesgo de infección pélvica respecto del empleo del legrado. Se puede seguir la pauta de tratamiento de forma ambulatoria²⁻⁴.
- ❖ Legrado: se debe proceder a la evacuación quirúrgica en condiciones de sangrado excesivo persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado y sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional⁵. La evacuación uterina debe realizarse mediante legrado por aspiración ya que aporta una pérdida hemática menor, menos dolor, y una duración de la intervención más corta que el legrado mediante curetaje⁶. Si se sospecha infección se recomienda el retraso de la intervención durante 12 horas para permitir la administración de una pauta antibiótica. La administración de prostaglandinas antes del aborto quirúrgico está bien establecida, con disminución significativa de la fuerza de dilatación, sangrado y trauma cervical/uterino.

Si hay una retención duradera el aborto puede complicarse con una coagulopatía o una infección.

- ❖ Amenaza de aborto: El tratamiento es expectante, Se recomienda reposo, según el cuadro clínico con o sin ingreso hospitalario. Se comprobará evolución clínica y viabilidad mediante ecografía los que no progresen a

aborto. Las gestaciones con aborto diferido han de evacuarse mediante cualquiera de las pautas anteriores.

2) GESTACIÓN NO CONTROLADA

Si el embarazo no ha sido controlado se debe establecer la localización del mismo. Una de las entidades que precisa introducirse en el diagnóstico es la gestación ectópica.

La orientación clínica la estableceremos con la edad gestacional, las características del dolor y la cantidad del sangrado, la presencia o ausencia de dolor abdominal asociado. Si la paciente presenta un abdomen quirúrgico, la orientación clínica es suficiente para justificar un tratamiento quirúrgico.

Habitualmente la confirmación se realiza mediante ecografía. Si quedan dudas el estudio se completa con β -HCG seriadas en suero. Las pacientes con Rh negativo deben tratarse con 300 mg de gammaglobulina anti-D.

Hemorragias en la segunda mitad de la gestación (>20 semanas)

La gestante que presenta un sangrado en la segunda mitad de la gestación puede deteriorarse rápidamente. El objetivo del tratamiento debe de ser recuperar o prevenir este deterioro. Una vez la paciente se encuentre estable se instaurarán medidas más específicas. Se trasladará a la paciente a un centro donde pueda llevarse a cabo, si fuera necesario, una transfusión sanguínea, una cesárea de urgencia, asistencia neonatal (de manera ideal a un centro que disponga de UCI neonatal) o una laparotomía.

Es preciso preguntar por la edad gestacional y, si se dispone de exploraciones ecográficas previas, verificar la localización de la placenta y analizar los posibles desencadenantes del sangrado como traumatismos, coito o inicio espontáneo.

- ❖ Antecedente o no de episodios previos de sangrado (más característico de la placenta previa).

- ❖ Presencia de dolor y sus características:
- ❖ Inicio: paulatino-progresivo (contracciones), súbito (hipertonía).
- ❖ Evolución: intermitente (dinámica), mantenido (hipertonía).
- ❖ Rotura de membranas asociada o ausente.

En el estudio de la paciente hay que analizar:

- ❖ Control de constantes, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria.
- ❖ Signos clínicos de shock: estado confuso, extremidades frías, hipoperfusión distal, piloerección.
- ❖ Evaluación del fondo uterino. Verificar correspondencia con edad gestacional, tono uterino, presentación fetal.
- ❖ Explorar los tonos cardíacos fetales.
- ❖ Exploración vaginal. Sólo puede realizarse cuando se haya descartado una placenta previa. Por eso la exploración general suele ser de la vulva, y debe ir dirigida a evaluar la cantidad y color del sangrado. Confirmar si el sangrado ha cedido o prosigue. Cuando se ha descartado la placenta previa deberá hacerse un tacto vaginal para comprobar si hay modificaciones cervicales.

Hay que tener en cuenta si la hemorragia tiene lugar en el momento del parto o el intraparto. Si es en el momento de parto hay que contemplar tres entidades nosológicas: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa y la posibilidad de una rotura uterina si la hemorragia ocurre dentro del parto.

Ante sangrado severo o persistente se debe valorar la reposición de productos sanguíneos:

- ❖ Se debe mantener el hematocrito en 30 mediante concentrados de hematíes (cada unidad de 300 ml aumenta el hematocrito en 3 ó 4 puntos en ausencia de sangrado).

- ❖ Administrar 6 unidades de plaquetas si encontramos marcada trombocitopenia (<20.000) o moderada trombocitopenia (50.000) en presencia de sangrado.
- ❖ Plasma fresco congelado en presencia de fibrinógeno <150 mg/dl.
- ❖ Cada 5 unidades de sangre administradas deben ser monitorizados los valores de coagulación y si el PT o el PTT se encuentran incrementados en 1,5 se deben administrar dos unidades de plasma fresco congelado.

Si el cuadro de sangrado es leve-moderado, o auto limitado se debe retomar la anamnesis.

3.4 BORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontaneo es la muerte embrionaria o fetal no inducida o salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que se puede producir un aborto espontaneo en una mujer con una gestación intrauterina viable confirmada. El diagnostico se realiza por criterios clínicos y ecografía. En general, el tratamiento es la conducta expectante para la amenaza de aborto y, si se produce el aborto espontaneo o este parece inevitable, la observación o la evacuación del útero.

La muerte fetal y el parto prematuro se clasifican como sigue:

- ❖ Aborto: muerte del embrión o el feto o salida de los productos de la concepción (feto y placenta) antes de las 20 semanas de la gestación
- ❖ Muerte fetal (Feto muerto): defunción fetal después de las 20 semanas
- ❖ Parto pretérmino: salida de un feto vivo entre las 20 y las 37 semanas

El aborto puede clasificarse de la siguiente manera (ver Clasificación del aborto):

- ❖ Temprano o tarde

- ❖ Terminación del embarazo espontánea o inducida por razones médicas o electivas
- ❖ Amenazado o inevitable
- ❖ Incompleto o completo
- ❖ Recurrente (también denominada pérdida recurrente del embarazo)
- ❖ Retenido
- ❖ Séptico

Entre el 20 y el 30% de las mujeres con embarazos confirmados sangran durante las primeras 20 semanas del embarazo; la mitad de ellas presenta un aborto espontáneo. Por lo tanto, la incidencia de aborto espontáneo es de hasta alrededor de 20% en los embarazos confirmados. La incidencia en todos los embarazos es probablemente más alta porque algunos abortos muy tempranos pasan desapercibidos

Etiología

Los abortos espontáneos aislados puede producirse por ciertas virosis (citomegalovirus, herpesvirus, parvovirus y rubéola) o por trastornos que pueden causar abortos esporádicos o pérdidas recurrentes (p. ej., anomalías cromosómicas o mendelianas, defectos de la fase lútea). Otras causas incluyen anomalías inmunológicas, traumatismos mayores y anomalías uterinas (p. ej., fibromas, adherencias). Con mayor frecuencia, se desconoce la causa.

Los factores de riesgo para aborto espontáneo incluyen

- ❖ Edad > 35
- ❖ Antecedentes de aborto espontáneo
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Uso de ciertos fármacos (p. ej., cocaína, alcohol, altas dosis de cafeína)

- ❖ Un trastorno crónico mal controlado (p. ej., diabetes, hipertensión, trastornos evidentes de la tiroides) en la madre

No se ha demostrado que los trastornos tiroideos subclínicos, el útero en retroversión y los traumatismos menores sean causa de aborto espontáneo

Signos y síntomas

Los síntomas del aborto espontáneo incluyen dolor pelviano tipo cólico, sangrado y, finalmente, expulsión vaginal de tejidos. El aborto espontáneo tardío puede comenzar con un chorro de líquido cuando se rompen las membranas. La hemorragia rara vez es masiva. Un cuello uterino dilatado indica que el aborto es inevitable.

Si los productos de la concepción permanecen en el útero después del aborto espontáneo, puede haber un sangrado vaginal, a veces después de algunas horas o días. También puede producirse una infección, que provoca fiebre, dolor y a veces, sepsis.

Diagnóstico

- ❖ Criterios clínicos
- ❖ En general, ecografía y subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) cuantitativa

El diagnóstico de la amenaza de aborto y los abortos inevitables, incompletos o completos a menudo son posibles basándose en criterios clínicos (ver Signos y síntomas característicos en el aborto espontáneo) y una prueba urinaria de embarazo positiva. Sin embargo, la ecografía y la medición cuantitativa de la beta-hCG en suero en general se realizan para excluir un embarazo ectópico y para determinar si los productos de la concepción siguen en el útero (lo que sugiere que el aborto es incompleto más que completo). Pero los resultados pueden no ser concluyentes, especialmente durante la primera parte del embarazo.

El aborto retenido se sospecha cuando el útero no ha aumentado progresivamente de tamaño o cuando hay una beta-hCG cuantitativa baja para la edad gestacional o no se duplica en 48 o 72 h. El aborto retenido se confirma si la ecografía muestra:

- ❖ Desaparición de la actividad cardíaca embrionaria previamente detectada
- ❖ Ausencia de tal actividad cuando la longitud vértice-nalga fetal es > 7 mm
- ❖ Ausencia de polo fetal (determinado por ecografía transvaginal) cuando el diámetro promedio del saco (promedio de los diámetros medidos en 3 planos ortogonales) es > 25 mm

Para el aborto recurrente, debe determinarse la causa del aborto.

Tratamiento

- ❖ Observación para la amenaza de aborto
- ❖ La evacuación uterina para los abortos inevitables, incompletos y retenidos
- ❖ Apoyo emocional

Para la amenaza de aborto, el tratamiento es la observación. No hay evidencia que sugiera que el reposo en cama disminuya el riesgo de aborto completo posterior.

Para los abortos inevitables, incompletos o retenidos, el tratamiento es la evacuación uterina o la espera hasta la eliminación espontánea de los productos de la concepción. En general, la evacuación implica un legrado aspirativo a las < 12 semanas, dilatación y legrado a las 12 a 23 semanas, o inducción médica > 16 a las 23 semanas (p. ej., con misoprostol). Cuanto más tarde se evacue el útero, mayor la posibilidad de sangrado placentario, perforación uterina por los huesos largos del feto y dificultad de dilatación del cuello. Estas complicaciones se reducen mediante el uso preoperatorio de dilatadores cervicales osmóticos (p. ej., laminarias), misoprostol o mifepristona (RU 486).

Si se sospecha un aborto completo la evacuación uterina no debe realizarse rutinariamente. La evacuación uterina se puede hacer cuando hay sangrado u otro signo que indique que los productos de la concepción pueden estar retenidos.

Después de un aborto inducido o espontáneo, los padres pueden sentir pena y culpa. Se les debe brindar apoyo emocional y, en el caso de los abortos espontáneos, asegurarles que sus acciones no fueron la causa. La terapia formal rara vez está indicada, pero debe estar disponible.

Conceptos clave

- ❖ El aborto espontáneo probablemente ocurre en aproximadamente 10 o 15 % de los embarazos.
- ❖ La causa de un aborto espontáneo aislado es generalmente desconocida.
- ❖ Un cuello uterino dilatado significa que el aborto es inevitable.
- ❖ Confirmar el aborto espontáneo y determinar su tipo en base a criterios clínicos, ecografía y beta- Hcg cuantitativa.
- ❖ La evacuación uterina es necesaria finalmente para los abortos inevitables, incompletos o retenidos.
- ❖ A menudo, no es necesaria la evacuación uterina para las amenazas de aborto y los abortos completos.
- ❖ Después de un aborto espontáneo, proporcionar apoyo emocional a los padres.

Perdida recurrente del embarazo

Se llama pérdida recurrente del embarazo de 2 a 3 abortos espontáneos consecutivos. La determinación de la causa puede requerir una extensa evaluación de ambos padres. Algunas causas pueden tratarse.

Etiología

Las causas de la pérdida recurrente del embarazo pueden ser maternas, fetales o placentarias.

Las causas maternas comunes incluyen

- ❖ Anomalías uterinas o cervicales (p. ej., pólipos, leiomiomas, bridas o adherencias, insuficiencia cervical)
- ❖ Anormalidades cromosómicas maternas (o paternas) (p. ej., traslocaciones balanceadas)

- ❖ Trastornos crónicos evidentes y mal controlados (p. ej., hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión)
- ❖ Trastornos renales crónicos

Los trastornos trombóticos adquiridos (p. ej., relacionados con el síndrome antifosfolipídico con anticoagulante lúpico, anticardiolipina [IgG o IgM], o anti-beta₂ glucoproteína I [IgG o IgM]) están asociados con pérdidas recurrentes después de las 10 semanas. La asociación con trastornos trombóticos hereditarios es menos clara, pero no parece ser fuerte, con la posible excepción de la mutación del factor V de Leiden.

Las causas placentarias incluyen trastornos crónicos preexistentes que están mal controlados (p. ej., lupus eritematoso sistémico, hipertensión crónica).

Las causas fetales generalmente son

- ❖ Anomalías cromosómicas o genéticas
- ❖ Malformaciones anatómicas

Las anomalías cromosómicas pueden causar un 50% de pérdidas recurrentes de embarazos; las pérdidas debidas a anomalías cromosómicas son más comunes durante el embarazo temprano. La aneuploidia está involucrada en el 80% de todos los abortos espontáneos que se producen antes de las 10 semanas de edad gestacional, pero solo en < 15% de los que ocurren > 20 semanas.

Si el antecedente de pérdida recurrente del embarazo aumenta el riesgo de restricción del crecimiento fetal y parto prematuro en embarazos posteriores depende de la causa de las pérdidas.

Diagnóstico

- ❖ Evaluación clínica
- ❖ Pruebas para identificar la causa

El diagnóstico de la pérdida recurrente del embarazo es clínico.

La evaluación del aborto recurrente puede incluir lo siguiente para ayudar a determinar la causa:

- ❖ Evaluación genética (cariotipo) de ambos padres y de todo producto de la concepción según la indicación clínica para excluir causas genéticas
- ❖ Búsqueda sistemática de trastornos trombóticos adquiridos: anticuerpos anticardiolipina (IgG e IgM), anti-beta₂ glicoproteína I (IgG e IgM), y anticoagulante lúpico
- ❖ Hormona tirotrópica
- ❖ Estudios de diabetes
- ❖ Histerosalpingografía o sonohisterografía para controlar las anomalías uterinas estructurales

La causa no puede determinarse en el 50% de las mujeres. La detección de los trastornos trombóticos hereditarios ya no se recomienda de forma rutinaria a menos que sea bajo la supervisión de un especialista en medicina materno-fetal.

Tratamiento

- ❖ Tratamiento de la causa siempre que sea posible

Algunas causas de la pérdida recurrente del embarazo pueden tratarse. Si no puede identificarse la causa, la posibilidad de un nacimiento vivo en el siguiente embarazo está entre el 35 y el 85%.

- a) Amenaza de aborto: En este caso, se produce un sangrado vaginal de cantidad variable, aunque en general inferior a un sangrado menstrual y que puede asociarse a dolor tipo dismenorrea de carácter leve. A la exploración ginecológica, se confirmará un sangrado procedente de la cavidad uterina y el cérvix uterino se encontrará cerrado. Si se realiza una ecografía, se confirmará la evolución adecuada de la gestación.

- b) Aborto en curso: Existe un sangrado generalmente abundante y dolor tipo dismenorrea habitualmente intenso, con expulsión de restos del embarazo de forma activa por lo que el cuello uterino se encuentra abierto. De forma espontánea, evolucionará hacia un aborto completo o incompleto.
- c) Aborto incompleto: Se produce cuando hay una expulsión parcial de los restos del embarazo. Habitualmente, se manifiesta como un sangrado abundante, superior a una menstruación. El cuello del útero se visualizará abierto y en la ecografía se confirmará la presencia de persistencia de restos dentro del útero. En estos casos, puede facilitarse la expulsión completa de los restos abortivos con fármacos o mediante la realización de un legrado.
- d) Aborto completo: Consiste en la expulsión completa del embarazo. El cuello uterino queda cerrado y en la ecografía se visualiza un útero sin contenido. El aborto espontáneo es un evento relativamente frecuente, afectando a alrededor del 15% de los embarazos. La causa más frecuente de aborto suelen ser las anomalías genéticas del embrión, que evitan su desarrollo adecuado.

Causas

Algunas mujeres embarazadas experimentan algún sangrado vaginal, con o sin cólicos abdominales, durante los primeros 3 meses del embarazo. Cuando los síntomas indican que es posible que se presente un aborto espontáneo, la afección se denomina "amenaza de aborto". (Esto se refiere a un episodio que ocurre de manera natural y no a abortos médicos o quirúrgicos).

El aborto espontáneo es común. Pequeñas caídas, lesiones o estrés durante el primer trimestre de embarazo pueden causarlo. Se presenta en casi la mitad de todos los embarazos. La probabilidad de un aborto espontáneo es más alta en mujeres mayores. Cerca de la mitad de las mujeres que presentan sangrado en el primer trimestre sufrirá un aborto espontáneo.

Síntomas

Los síntomas de una amenaza de aborto incluyen:

- ❖ Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual fue hace menos de 20 semanas). El sangrado vaginal se presente en casi todas las amenazas de aborto espontáneo.
- ❖ Cólicos abdominales también se pueden presentar. Si los cólicos abdominales se presentan en ausencia de sangrado significativo, consulte a su proveedor de atención médica para detectar otros problemas aparte del aborto espontáneo.

Nota: durante un aborto espontáneo, se puede presentar lumbago o dolor abdominal (sordo o agudo, constante o intermitente). Se puede dar expulsión de tejido o material con apariencia de coágulos a través de la vagina.

Pruebas y exámenes

Su proveedor puede realizar un ultrasonido abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé y sus latidos cardíacos, además de la cantidad de sangrado. Se realizará un examen pélvico para revisar su cuello uterino.

Se pueden hacer los siguientes exámenes de sangre:

- ❖ Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa
- ❖ Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar la presencia de anemia
- ❖ Nivel de progesterona
- ❖ Conteo de glóbulos blancos con fórmula leucocitaria para descartar una infección

Tratamiento

Aparte de controlar la pérdida de sangre, puede que no necesite un tratamiento en particular. Si usted es RH negativa, se le puede proporcionar inmunoglobulina. Le pueden solicitar que evite o restrinja algunas actividades. Generalmente se recomienda no tener relaciones sexuales hasta que los signos de alarma hayan desaparecido.

Expectativas (pronóstico)

La mayoría de las mujeres con amenaza de aborto continúan y tienen un embarazo normal.

Las mujeres que han tenido dos o más abortos espontáneos seguidos son más propensas a sufrir otro aborto espontáneo que el resto de las mujeres.

Las posibles complicaciones pueden incluir:

- ❖ Anemia derivada de una pérdida de sangre de moderada o grave, lo cual ocasionalmente requiere una transfusión sanguínea.
- ❖ Infección.
- ❖ Aborto espontáneo.
- ❖ El médico se asegurará de que se presenten no se deban a un embarazo ectópico, una complicación potencialmente mortal.

Cuándo contactar a un profesional médico

Si usted sabe que está (o que puede estar) embarazada y presenta cualquier síntoma de amenaza de aborto, acuda a una consulta prenatal con su proveedor de inmediato.

Prevención

La mayoría de los abortos espontáneos no pueden prevenirse. La causa más común es una anomalía genética en el desarrollo del embarazo. Si usted tiene dos o más abortos espontáneos, debe consultar con un especialista para saber si la afección que usted tiene y que está causando los abortos espontáneos se puede tratar. Las mujeres que reciben cuidado prenatal tienen mejores resultados en el embarazo para ellas y sus bebés.

Un embarazo saludable es más probable cuando usted evita factores dañinos durante el embarazo, como:

- ❖ Alcohol
- ❖ Enfermedades infecciosas
- ❖ Ingesta alta en cafeína
- ❖ Drogas recreativas
- ❖ Radiografías

Tomar vitaminas prenatales o suplementos de ácido fólico antes de embarazarse y durante el embarazo puede disminuir el riesgo de sufrir un aborto espontáneo y aumentar las probabilidades de tener un bebé saludable.

Es mejor tratar los problemas de salud antes de quedar embarazada que esperar a ya estarlo. Los abortos espontáneos causados por enfermedades que afectan todo su cuerpo, como presión arterial alta, son poco comunes. Pero usted puede prevenir un aborto espontáneo detectando y tratando la enfermedad antes de embarazarse.

Otros factores que pueden incrementar su riesgo de sufrir un aborto espontáneo incluyen:

- ❖ Obesidad
- ❖ Problemas de la tiroides
- ❖ Diabetes no controlada.

3.5 EMBARAZO ECTÓPICO O EXTRAUTERINO

El embarazo ectópico: Es un embarazo que se desarrolla fuera de la matriz (útero). Puede ser mortal para la madre.

Se trata de un tipo de gestación en la cual el embrión implanta en un lugar diferente a la cavidad del útero. En la mayoría de los casos, este tipo de embarazo se localiza en la trompa de Falopio. Si no recibe un seguimiento y tratamiento apropiados, puede poner en riesgo la vida de la mujer por una hemorragia interna ocasionada

por la rotura de la trompa de Falopio. En las fases iniciales, suele manifestarse con un sangrado escaso y oscuro que puede ser persistente. En la ecografía, se visualizará un útero vacío, sin estructuras sugestivas de embarazo. En muchas ocasiones, puede visualizarse una imagen compatible con un embarazo ectópico próxima a la localización de uno de los ovarios. Este tipo de embarazo puede finalizar en una interrupción espontánea o requerir tratamiento con medicación (metotrexato) o cirugía para su resolución en un porcentaje variable de casos.

Causas

En la mayoría de los embarazos, el óvulo fecundado viaja a través de las trompas de Falopio hacia la matriz (útero). Si el movimiento de este óvulo a través de las trompas se bloquea o se retrasa, puede llevar a que se presente un embarazo ectópico. Los factores que pueden causar este problema incluyen:

- ❖ Defecto congénito en las trompas de Falopio
- ❖ Cicatrización después de una ruptura del apéndice
- ❖ Endometriosis
- ❖ Haber tenido un embarazo ectópico antes
- ❖ Cicatrización a raíz de infecciones pasadas o cirugía de los órganos femeninos

Los siguientes factores también pueden incrementar el riesgo para un embarazo ectópico:

- ❖ Edad mayor a 35 años
- ❖ Quedar embarazada teniendo un dispositivo intrauterino (DIU)
- ❖ Realizarse ligadura de trompas
- ❖ Haberse sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar embarazada

- ❖ Haber tenido múltiples compañeros sexuales
- ❖ Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- ❖ Algunos tratamientos para la esterilidad

Algunas veces, la causa no se conoce. Las hormonas pueden estar involucradas.

El sitio más común para un embarazo ectópico es las trompas de Falopio. En pocas ocasiones, puede presentarse en los ovarios, el abdomen o el cuello uterino. Un embarazo ectópico puede ocurrir incluso si usted usa anticonceptivos.

Síntomas

Los síntomas de embarazo ectópico pueden incluir:

- ❖ Sangrado vaginal anormal
- ❖ Cólico leve en un lado de la pelvis
- ❖ Ausencia de periodos
- ❖ Dolor en la parte inferior del abdomen o en la zona de la pelvis

Si la zona alrededor del embarazo anormal presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Estos pueden incluir:

- ❖ Desmayo o sensación de desmayo
- ❖ Presión intensa en el recto
- ❖ Presión arterial baja
- ❖ Dolor en el área del hombro
- ❖ Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen
- ❖ Las mujeres pueden tener dolor abdominal y hemorragia vaginal.

- ❖ La ecografía se realiza principalmente para determinar la ubicación del feto.
- ❖ Por lo general se utiliza cirugía para extraer el feto y la placenta, pero a veces se puede usar una dosis de metotrexato (o más de una) para interrumpir un embarazo ectópico.

Normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, si la trompa está estrechada u obstruida, el óvulo fecundado no puede llegar al útero. A veces el óvulo fertilizado se acaba implantando en tejidos fuera del útero, produciéndose un embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos suelen desarrollarse en una de las trompas de Falopio (un embarazo tubárico) pero pueden hacerlo en otros lugares.

En un embarazo ectópico, el feto a veces sobrevive varias semanas. Sin embargo, dado que los tejidos fuera del útero no pueden proporcionar el suministro de sangre y el soporte necesarios, al final el feto no sobrevive. La estructura que contiene el feto suele romperse al cabo de entre 6 y 16 semanas, mucho antes de que el feto sea viable. Cuando un embarazo ectópico se rompe, la hemorragia puede ser grave e incluso mortal. Cuanto más tarda la estructura en romperse, más grave es la pérdida de sangre y mayor el riesgo de muerte.

Dos de 100 embarazos es ectópico.

Los factores de riesgo de un embarazo ectópico incluyen

Un trastorno de las trompas de Falopio

Enfermedad inflamatoria pélvica anterior

Un embarazo ectópico previo

Un procedimiento quirúrgico previo, tal como un aborto o una ligadura de trompas (un procedimiento de esterilización)

El uso actual de un DIU (dispositivo intrauterino)

Consumo de cigarrillos

Tener varias parejas sexuales

Pruebas y exámenes

El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen pélvico. El examen puede mostrar sensibilidad en el área pélvica.

Se realiza una prueba de embarazo y un ultrasonido vaginal.

La gonadotropina coriónica humana (GCH) es una hormona que normalmente se produce durante el embarazo. El chequeo del nivel de esta hormona en la sangre puede diagnosticar el embarazo.

Cuando el nivel sanguíneo de GCH está por encima de cierto valor, la bolsa amniótica debe poder verse en un ultrasonido.

Si no se ve la bolsa, esto puede ser indicio de un embarazo ectópico.

Tratamiento

El embarazo ectópico es potencialmente mortal. El embarazo no puede continuar hasta el nacimiento (a término). Se tienen que extraer las células en desarrollo para salvar la vida de la madre.

Si el embarazo ectópico no ha presentado ruptura, el tratamiento puede incluir:

Cirugía

Un medicamento que termine el embarazo, junto con vigilancia cuidadosa por parte del médico

Usted necesitará ayuda médica urgente si el área del embarazo ectópico se abre (se rompe). La ruptura puede llevar a que se presente sangrado y shock. El tratamiento para el shock puede incluir:

Transfusión sanguínea

Líquidos por vía intravenosa

Mantenerse caliente

Oxígeno

Elevar las piernas

Si hay una ruptura, se lleva a cabo una cirugía para detener la pérdida de sangre y extraer el embarazo. En algunos casos, es posible que el médico tenga que extraer la trompa de Falopio.

Expectativas (pronóstico)

Una de cada tres mujeres que ha tenido un embarazo ectópico puede tener un bebé en el futuro. Es más probable que se presente otro embarazo ectópico. Algunas mujeres no vuelven a quedar embarazadas de nuevo.

La probabilidad de un embarazo exitoso después de un embarazo ectópico depende de:

La edad de la mujer

Si ya ha tenido hijos

La razón por la cual se presentó el primer embarazo ectópico

Cuándo contactar a un profesional médico

Llame a su proveedor si presenta:

Sangrado vaginal anormal

Dolor pélvico o abdominal bajo

Prevención

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles. Usted puede reducir el riesgo evitando afecciones que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio. Estas medidas incluyen:

Practicar las relaciones sexuales con precaución, tomando medidas antes y durante el sexo, lo cual puede evitar que usted contraiga una infección

Obtener diagnóstico y tratamiento oportunos de todas las ITS

Dejar de fumar

Diagnóstico

Prueba de embarazo

Ecografía

Análisis de sangre

A veces laparoscopia

Los médicos sospechan un embarazo ectópico en las mujeres en edad fértil que tienen dolor en la parte inferior del abdomen o hemorragia vaginal, desmayo o choque cardiocirculatorio. En estas mujeres, se realiza un test de embarazo.

Si la prueba de embarazo es positiva, se realiza una ecografía con un dispositivo manual introducido en la vagina (una prueba denominada ecografía transvaginal). Si la ecografía detecta un feto en un lugar diferente al habitual, se confirma el diagnóstico. Si la ecografía no localiza un feto en ninguna parte, el embarazo ectópico es aún posible, o el embarazo puede estar en el útero pero encontrarse aún en una fase demasiado precoz para ser visto.

Los médicos también hacen análisis de sangre para medir una hormona producida por la placenta al principio del embarazo, denominada gonadotropina coriónica humana (hCG). Esta prueba los ayuda a determinar si el embarazo es demasiado precoz para que el feto sea visible en el útero o se trata de un embarazo ectópico.

Si se precisa confirmar el diagnóstico, los médicos pueden utilizar un tubo de visualización, denominado laparoscopio, que se inserta a través de una pequeña incisión justo por debajo del ombligo. Este procedimiento les permite visualizar el embarazo ectópico directamente.

Tratamiento

- ❖ Cirugía

- ❖ A veces, el fármaco metotrexato

Un embarazo ectópico debe terminarse tan pronto como sea posible para salvar la vida de la mujer.

En la mayoría de las mujeres, el feto y la placenta deben extirparse quirúrgicamente, por lo general mediante un laparoscopia, pero a veces a través de una incisión mayor en el abdomen (en un procedimiento denominado laparotomía).

Durante la cirugía, los médicos extirpan el feto y la placenta y solo la parte de la trompa de Falopio que no se puede reparar. Este procedimiento aumenta las posibilidades de que la reparación de la trompa de Falopio pueda permitir que las mujeres se queden embarazadas. Sin embargo, a veces la trompa de Falopio no se puede reparar.

En raras ocasiones el útero está tan lesionado que se requiere practicar una histerectomía.

Para los embarazos ectópicos con una estructura pequeña que no se ha roto, puede administrarse una dosis o más de un fármaco denominado metotrexato (inyectado) en lugar de cirugía. Dicho fármaco hace que el embarazo ectópico disminuya de tamaño y desaparezca. Algunas veces es necesaria la cirugía además del metotrexato.

3.6 EMBARAZO MOLAR

El embarazo molar, mola hidatidiforme o mola vesicular

Es la consecuencia de una alteración genética que acontece en el momento de la fecundación. Se caracteriza, según la definición clásica de Hertig, por la degeneración hidrópica y el edema del estroma vellositario, la ausencia de vascularización en las vellosidades coriales y la proliferación del epitelio trofoblástico, pero se conserva la estructura diferenciada vellositaria. Se incluye,

junto a los tumores trofoblásticos gestacionales (mola invasiva o corioadenoma, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho placentario) dentro de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) (véase protocolo correspondiente), y es la forma más benigna de este conjunto de alteraciones proliferativas del trofoblasto. Es una enfermedad localizada que normalmente se resuelve con la evacuación uterina y, en principio, no se debe considerar ni invasiva, ni neoplásica, ni maligna. Sin embargo, en un porcentaje significativo de casos (alrededor del 10%) da lugar a una enfermedad trofoblástica persistente (ETP), por lo que es imprescindible un adecuado seguimiento tras su evacuación. Incluso puede aparecer tras un parto a término con feto vivo (1/50.000). Con respecto a su epidemiología, hay que señalar una incidencia muy superior en el extremo oriente (una gestación molar por cada 120-400 embarazos) con relación a occidente (una mola vesicular) por cada 1.000-2.000 embarazos) y una frecuencia aumentada en los extremos de la vida reproductiva (antes de los 20 y después de los 40 años) y cuando existe el antecedente de ETG.

En la clasificación se pueden distinguir 2 entidades muy diferentes:

Mola total o completa: Es la forma más frecuente de presentación. Su aspecto macroscópico es vesicular y microscópicamente se caracteriza por la ausencia de tejido embrionario y de amnios, degeneración hidrópica e hiperplasia trofoblástica difusas y frecuentes atipias en sincitio y citotrofoblasto. Se origina como consecuencia de la fecundación de un óvulo “vacío”, con material genético ausente o inactivo. Por tanto, la carga cromosómica es sólo de origen paterno, y se comporta como un heterotrasplante. En más del 90% de los casos, la fecundación se produce por un espermatozoide 23X que se duplica, resultando un cariotipo 46XX. Más raramente, el óvulo “vacío” es fecundado por 2 espermatozoides, 23X y 23Y, y el cariotipo es 46XY. El riesgo de ETP es del 15-20%. – **Mola parcial:** en la que hay tejido embrionario y/o amnios, degeneración hidrópica e hiperplasia trofoblástica focales, sólo afecta al sincitiotrofoblasto y con ausencia de atipias. En contraste con la mola completa, tiene material genético materno. El cariotipo suele ser triploide, generalmente 69XXY, como consecuencia de la fecundación de un óvulo por 2 espermatozoides. Con mucha menor frecuencia el cariotipo es diploide.

El riesgo de ETP es menor (4- 8%).

Diagnóstico

Se basa en la anamnesis, en la exploración general y ginecológica y, como pruebas complementarias, la ecografía y la determinación de β -HCG. Anamnesis Gracias a la ecografía sistemática del primer trimestre de la gestación, su diagnóstico es cada día más precoz y ello ha modificado su espectro de signos y síntomas clásicos.

Hay que pensar en la presencia de una mola vesicular cuando en dicho período aparecen las siguientes manifestaciones clínicas:

Metrorragia: es el signo más habitual (97%) y el motivo principal de consulta. Es variable en frecuencia e intensidad, y a veces provoca una anemia grave. Se produce por la rotura de los vasos maternos, al separarse las vesículas de la decidua. En ocasiones se acompaña de dolor en hipogastrio e hidrorrea.

Náuseas, vómitos e, incluso, hiperemesis: están presentes en el 30% de los casos y se deben, al igual que el aumento de los síntomas subjetivos de embarazo, al incremento en los valores de HCG.

Preeclampsia: su aparición precoz es muy sugestiva de gestación molar y sucede en el 25% de éstas. – **Expulsión de vesículas:** es un signo patognomónico, aunque tardío e infrecuente (11%). – **Hipertiroidismo:** acontece en el 7% de las pacientes y se explica por la similitud entre las subunidades β de la HCG y de la TSH.

Insuficiencia respiratoria aguda: es excepcional (2%) y guarda relación con la embolización pulmonar de células trofoblásticas, así como con la asociación de preeclampsia e hipertiroidismo.

Exploración general

Nos permitirá identificar si están presentes signos de preeclampsia (edemas, hipertensión arterial, etc.), hipertiroidismo (taquicardia, sudoración, temblores, etc.) o insuficiencia respiratoria (disnea, taquipnea, hipotensión arterial, etc.).

Exploración ginecológica

Cérvix cerrado. Metrorragia de cuantía variable. Rara vez se observa la expulsión de vesículas.

Desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional, a favor del primero (60%). No obstante, en el 20% de las pacientes el tamaño uterino se corresponde con la amenorrea y en el 20% restante es, incluso, menor que ésta. El útero es regular, simétrico y de consistencia blanda.

Tumoraciones ováricas (30%), que son quistes tecaluteínicos, muchas veces bilaterales. Se producen por la similitud entre las subunidades de la HCG, FSH y LH. En el 3% de las pacientes se pueden complicar en forma de rotura, infección o hemorragia.

En caso de mola completa, ausencia de latido cardíaco fetal.

Ecografía

Una ecografía de un embarazo molar completo, que puede detectarse ya a las ocho o nueve semanas de embarazo, puede mostrar lo siguiente:

- ❖ Ausencia de embrión o feto
- ❖ Ausencia de líquido amniótico
- ❖ Placenta gruesa y con quistes que ocupa el útero casi por completo
- ❖ Quistes de ovario

Una ecografía de un embarazo molar parcial puede mostrar lo siguiente:

- ❖ Un feto con crecimiento restringido
- ❖ Bajo nivel de líquido amniótico
- ❖ Placenta gruesa y con quistes

Si el proveedor de atención médica detecta un embarazo molar, es posible que compruebe la presencia de otros problemas de salud, como los siguientes:

- ❖ Preeclampsia
- ❖ Hipertiroidismo
- ❖ Anemia

Es de gran utilidad, aporta información sobre el contenido uterino, aspecto de los ovarios así como sobre una posible invasión miometrial. Son datos ultrasónicos sugestivos de embarazo molar los siguientes:

- ❖ Útero mayor que amenorrea, aunque puede ser igual o menor.
- ❖ Ausencia de estructuras embrionarias en la mola completa.
- ❖ Cavidad ocupada por multitud de ecos de baja amplitud, que corresponden al tejido trofoblástico proliferado. Es la imagen típica de “copos de nieve” o “panal de abejas”. A veces se visualizan zonas anecoicas, que traducen la presencia de hemorragias intratumorales.
- ❖ Quistes tecaluteínicos, que ofrecen una imagen ultrasónica redondeada, econegativa y multilocular, la mayoría de las veces bilateral.

La utilización de la sonda vaginal permite la obtención de imágenes más concluyentes, así como un diagnóstico más precoz.

La ecografía Doppler es útil para estudiar las arterias ilíacas, uterinas y tumorales y puede detectar la recurrencia o la invasión del miometrio.

Determinación de -HCG

Por su alta sensibilidad y especificidad, es de gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. La HCG es una hormona glucoproteica, compuesta por 2 subunidades. Su subunidad α es básicamente igual a la de la FSH, LH y TSH. La fracción β , por el contrario, es diferente y específica.

La determinación de β -HCG se puede efectuar en plasma y en orina. En el embarazo normal, sus valores se incrementan progresivamente hasta alcanzar las 100.000 mUI/ml en la semana 12, para después ir descendiendo. En la mola vesicular, sus valores se encuentran muy elevados, aunque su curva siempre debe

compararse con la obtenida en el embarazo normal, para la misma edad gestacional, laboratorio y método. Cifras > 200.000 mUI/ml, sin embargo, son muy sugestivas de enfermedad trofoblástica gestacional.

Diagnóstico diferencial

En primer lugar, hay que establecerlo con todos los cuadros que cursan con hemorragias del primer trimestre de la gestación, en especial con las diferentes formas clínicas de aborto y con el embarazo ectópico. También se debe plantear con aquellos procesos en los que existe una desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional, como el error en la fecha de la última regla, embarazo múltiple, mioma asociado a gestación, hidramnios, hematometra, etc. La clínica, la ecografía, la β -HCG y, en último extremo, la anatomía patológica, van a permitir un diagnóstico de certeza. En este sentido, es importante resaltar que hay acuerdo unánime sobre la necesidad del estudio histológico sistemático en toda gestación no evolutiva, como garantía del diagnóstico seguro de la mola vesicular, especialmente en su forma embrionaria.

Tratamiento

Un embarazo molar no puede continuar como un embarazo normal viable. Para prevenir complicaciones, debe eliminarse el tejido placentario anormal. El tratamiento generalmente comprende uno o más de los siguientes pasos:

Dilatación y legrado. Para tratar un embarazo molar, el médico extraerá el tejido molar del útero con un procedimiento llamado dilatación y legrado. El procedimiento de dilatación y legrado suele hacerse de forma ambulatoria en un hospital.

Durante el procedimiento, te administrarán anestesia local o general y te recostarás boca arriba sobre la mesa del quirófano con las piernas en los estribos. El médico insertará un espéculo en la vagina, igual que durante un examen pélvico, para poder observar el cuello uterino. Luego, dilatará el cuello uterino y extraerá tejido del útero con un dispositivo de vacío.

Histerectomía. En raras ocasiones, si hay un riesgo elevado de neoplasia trofoblástica gestacional y no hay ningún deseo de futuros embarazos, puede extraerse el útero (histerectomía).

Control de la coriogonadotropina. Después de extraer el tejido molar, el médico repetirá las mediciones del nivel de coriogonadotropina hasta que vuelva a la normalidad. Si continúas teniendo coriogonadotropina en la sangre, es posible que necesites un tratamiento adicional.

Una vez finalizado el tratamiento para el embarazo molar, puede que el médico siga controlando los niveles de coriogonadotropina durante seis meses a un año para asegurarse de que no quede ningún tejido molar.

Debido a que los niveles de coriogonadotropina del embarazo también aumentan durante un embarazo normal, el médico puede recomendarte que esperes de 6 a 12 meses antes de intentar quedar embarazada otra vez. El profesional recomendará una forma confiable de anticoncepción durante este tiempo.

Estudio preoperatorio Ante un diagnóstico de sospecha de embarazo molar, la mujer debe ser hospitalizada y su evaluación inicial incluirá:

- ❖ Exploración general y ginecológica.
- ❖ Estudio ecográfico.
- ❖ Analítica completa (grupo y Rh, hemograma, bioquímica, coagulación, ionograma, función hepática, función renal, función tiroidea y -HCG).
- ❖ Preparación de sangre cruzada. – Radiografía de tórax para descartar metástasis pulmonares. Tratamiento general Si es preciso, se tratará cualquier tipo de trastorno asociado (anemia, alteración hidroelectrolítica, coagulopatía, preeclampsia, insuficiencia respiratoria, etc.).

Tratamiento específico.

Evacuación de la mola: El modo de llevarla a cabo va a depender del estado de la enferma, intensidad del sangrado, tamaño uterino, edad y deseos reproductivos futuros.

En la mujer menor de 40 años y que quiere tener más descendencia, el método de elección es el legrado por aspiración, que se completa con el paso suave de una legra cortante. Es recomendable su realización bajo control ecográfico.

Los agentes oxitócicos se administrarían tras la dilatación cervical y evacuación parcial a fin de facilitar la hemostasia.

Las contracciones uterinas previas a la evacuación pueden facilitar embolizaciones de material trofoblástico. Por eso no se recomienda la inducción del aborto con agentes oxitócicos o con prostaglandinas.

También se recomienda evitar, siempre que sea posible, el uso de prostaglandinas para la preparación del cuello antes del legrado. Los datos que disponemos sobre el empleo de mifepristona en estas gestaciones son limitados. Por ello, se debe evitar su uso para la evacuación de la mola.

En aquellos casos en que tenga lugar una hemorragia importante antes de la evacuación de la mola y se considera necesario el empleo de agentes oxitócicos, su uso se realizará según los protocolos habituales.

En casos de molas parciales en que la existencia de partes fetales impide el legrado por aspiración, podrá emplearse la terminación médica del embarazo.

Estas pacientes presentarán un mayor riesgo de requerir tratamiento por una ETP, aunque la proporción de mujeres con mola parcial que necesitan quimioterapia es bajo (0,5%).

Las principales complicaciones de la evacuación de la mola son la perforación uterina, la hemorragia, la infección y la embolización pulmonar trofoblástica.

El legrado de repetición no está indicado, salvo que persistan restos molares. En determinados casos (edad > 40 años, edad comprendida entre 35-40 años con la descendencia deseada, patología uterina asociada, perforación uterina o hemorragia incontrolable), se puede contemplar la histerectomía abdominal puesto

que el riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional es mucho mayor. Aunque existan quistes tecaluteínicos, los anejos se pueden conservar.

Otras técnicas evacuadoras, como la histerotomía o la inyección de suero salino hipertónico, no se contemplan en la actualidad. A las gestantes con Rh – se les debe administrar inmunoglobulina anti-D en las primeras las 48-72 h tras la evacuación.

Seguimiento posterior a la evacuación

Una vez finalizado el embarazo molar se plantean 2 posibles opciones. La primera es administrar quimioprofilaxis (metotrexato o actinomicina D) a todas las pacientes o, al menos, a aquellas con factores de riesgo (tabla 2) o si el seguimiento de la paciente es imposible. Otra opción más conservadora, consiste en realizar un estricto seguimiento.

La quimioprofilaxis parece reducir de forma significativa la incidencia de la ETP en mujeres de alto riesgo. No obstante, es muy dudosa su utilidad en casos de bajo riesgo por varias razones: no alcanza una eficacia absoluta, condiciona que se lleve a cabo un alto porcentaje de tratamientos innecesarios y provoca resistencias a la quimioterapia.

Por ello, la tendencia más aceptada es realizar un seguimiento intensivo. Su propósito es diagnosticar, lo antes posible, la ETP y se basa en el siguiente esquema:

- ❖ Determinaciones de -HCG plasmática: inicialmente de forma semanal hasta alcanzar 3 títulos negativos (< 5 mUI/ml) consecutivos. A continuación, las determinaciones se harán de forma periódica durante 6-12 meses.
- ❖ Control ginecológico y ecográfico seriado: se valora fundamentalmente, el tamaño y la consistencia del útero y la aparición de metrorragia. Se practicarán a las 2 semanas de la evacuación y después, cada 3 meses.
- ❖ Estudio radiológico torácico: la periodicidad de éste dependerá de la evolución clínica y analítica de cada paciente.

Durante el tiempo de seguimiento, se ha de evitar una nueva gestación. Con este propósito, se puede utilizar un método de barrera o, mejor aún, anticonceptivos orales. No es recomendable el dispositivo intrauterino. Tanto el uso de contraceptivos orales como de terapia hormonal sustitutiva son seguros una vez que los valores de β -HCG se han normalizado.

En el 90% de los casos, el proceso se resuelve satisfactoriamente y los títulos de β -HCG van descendiendo, negativizándose en 6-10 semanas. Se habla de remisión cuando se obtienen 3 títulos negativos consecutivos.

Por el contrario, en el resto de mujeres la curva de regresión de la β -HCG es anormal (valores altos y mantenidos durante más de 4 semanas tras la evacuación, ascenso progresivo de los títulos después del inicial descenso postevacuación o títulos en meseta que no descienden en un mes), o aparecen metástasis, o hay una confirmación histológica de coriocarcinoma y se llega al diagnóstico de ETP (tumor trofoblástico de la gestación) cuyo manejo será expuesto en el protocolo correspondiente.

Los factores de riesgo de desarrollar un tumor trofoblástico gestacional (tabla 2) permiten clasificar a la gestación molar como de alto o bajo riesgo. En la mola completa, el porcentaje global de ETP es del 15-20%, se acerca al 40% en presencia de factores de riesgo y sólo es del 5% en ausencia de éstos. En la mola parcial es de esperar un 4-8% de ETP.

Nuevo embarazo

La paciente debe evitar una nueva concepción, al menos hasta que lleve 6 meses con cifras de β -HCG normales. El riesgo de una nueva gestación molar es bajo (1/55). Las mujeres que se quedan gestantes tras una embarazo molar no presentan un mayor riesgo de complicaciones obstétricas en el siguiente embarazo. Si ocurre una nueva mola, en el 68-80% de los casos será del mismo tipo histológico. Tras la finalización de cualquier embarazo posterior, se recomienda el estudio histológico para excluir una enfermedad recurrente.

3.7 ENFERMEDADES DEL TROFOBLASTO

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo de afecciones relacionadas con el embarazo que se desarrollan dentro del útero (matriz) de una mujer. Las células anormales empiezan en el tejido que normalmente se convertiría en la placenta. La placenta es el órgano que se desarrolla durante el embarazo para alimentar al feto.

Un bebé puede o no desarrollarse durante estos tipos de embarazos.

Hay varios tipos de ETG.

- ❖ Coriocarcinoma (un tipo de cáncer)
- ❖ Mola hidatiforme (también llamado embarazo molar)

Patología

La enfermedad trofoblástica gestacional se puede clasificar en

- ❖ Mola hidatiforme, que puede ser completa o parcial
- ❖ La neoplasia trofoblástica gestacional, que incluye corioadenoma destruens (lunar invasor), coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario (muy raro) y tumor trofoblástico epiteloide (extremadamente raro)

La enfermedad trofoblástica gestacional también se puede clasificar desde el punto de vista morfológico:

- ❖ Mola hidatiforme: en este embarazo anormal, las vellosidades se edematizan (se vuelven hidrópicas) y el tejido trofoblástico prolifera.
- ❖ Mola invasora: el miometrio es invadido localmente por una mola hidatiforme.

- ❖ Coriocarcinoma: este tumor invasor, en general metastatizante, está compuesto por células trofoblástica malignas y no tiene vellosidades hidrópicas; la mayoría de estos tumores se desarrollan después de una mola hidatiforme.
- ❖ Tumor trofoblástico del sitio placentario: este raro tumor está formado por células trofoblásticas intermedias que persisten después de un embarazo a término; puede invadir los tejidos adyacentes o metastatizar.
- ❖ Tumor trofoblástico epitelioides: esta rara variante del tumor trofoblástico del sitio placentario está compuesto por células trofoblásticas intermedias. Al igual que los tumores trofoblásticos del sitio placentario, puede invadir tejidos adyacentes o hacer metástasis.

Las molas hidatidiformes son más comunes entre mujeres de < 17 o > 35 y en aquellas que previamente tuvieron una enfermedad trofoblástica gestacional. La incidencia es de 1/2.000 gestaciones en los Estados Unidos. Por razones desconocidas, la incidencia en los países asiáticos se aproxima a 1/200.

La mayoría (> 80%) de las molas hidatiformes son benignas. El resto puede persistir y tender a la invasión; el 2 al 3% de las molas hidatiformes son seguidas por un coriocarcinoma.

Signos y síntomas

Las manifestaciones iniciales de una mola hidatiforme sugieren un embarazo temprano, pero a menudo el útero se agranda más de lo esperable dentro de las 10 a 16 semanas de gestación. En general, las pruebas de embarazo son positivas, presentan sangrado vaginal y vómitos intensos, y hay ausencia de movimientos fetales y latidos cardíacos fetales. La eliminación de un tejido similar a uvas sugiere el diagnóstico.

Las complicaciones, como las siguientes, pueden ocurrir durante el embarazo temprano:

- ❖ Infección uterina

- ❖ Sepsis
- ❖ Shock hemorrágico
- ❖ Preeclampsia

El sitio de implantación de los tumores trofoblásticos causa sangrado.

En general, el coriocarcinoma se manifiesta por los síntomas metastásicos.

La enfermedad trofoblástica gestacional no empeora la fertilidad ni predispone a las complicaciones pre o perinatales (p. ej., malformaciones congénitas, abortos espontáneos).

Tratamiento

- ❖ Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo o histerectomía
- ❖ Revaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral
- ❖ Quimioterapia para la enfermedad persistente
- ❖ Anticoncepción postratamiento para la enfermedad persistente

La mola hidatiforme, la mola invasora, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides se evacúan mediante legrado aspirativo. Alternativamente, si no se planea tener hijos, puede realizarse una histerectomía.

Después de la resección, la enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica clínicamente para determinar si se requiere tratamiento adicional. Los sistemas de clasificación clínica no se corresponden con los de la morfológica. La mola invasora y el coriocarcinoma se clasifican clínicamente como enfermedad persistente. La clasificación clínica se usa porque la mola invasora y el coriocarcinoma se tratan de manera similar y el diagnóstico histológico exacto puede requerir una histerectomía.

Se realiza una radiografía de tórax, se evalúa la subunidad beta-hCG sérica. Si los niveles de subunidad beta-hCG no se normalizan dentro de las 10 semanas, la enfermedad se clasifica como persistente, la cual requiere una TC de cerebro, de tórax, de abdomen y de pelvis. Los resultados indican si la enfermedad se clasifica como no metastásica o como metastásica.

En general, la enfermedad persistente se trata con quimioterapia. El tratamiento se considera exitoso si al menos 3 mediciones consecutivas de subunidad beta-hCG sérica en intervalos de 1 semana son normales. El embarazo debe prevenirse durante 6 meses después del tratamiento porque aumenta los niveles de beta-hCG, lo que dificulta determinar si el tratamiento ha sido exitoso. Típicamente, se administran anticonceptivos orales (cualquiera es aceptable) durante 6 meses; como alternativa, se usa cualquier método anticonceptivo.

La enfermedad no metastásica puede tratarse con un solo fármaco quimioterápico (metotrexato o dactinomicina). Alternativamente, en muchas pacientes > 40 años o en las que desean la esterilización debe tenerse en cuenta la histerectomía, y puede requerirse en aquellas pacientes con infección grave o sangrado incontrolable. Si la quimioterapia con un solo agente resulta ineficaz, están indicadas la histerectomía y la quimioterapia con varios agentes. Virtualmente, el 100% de las pacientes con enfermedad no metastásica se cura.

La enfermedad metastásica de bajo riesgo se trata con quimioterapia con uno o varios agentes. La enfermedad metastásica de alto riesgo requiere tratamiento quimioterápico agresivo con varios agentes. Las tasas de curación son del 90 al 95% para la enfermedad de bajo riesgo y del 60 al 80% para las de alto riesgo.

La mola hidatiforme ocurre en alrededor del 1% de los embarazos subsiguientes. Las pacientes que han presentado una mola requieren ecografías tempranas en los embarazos subsiguientes, y la placenta debe enviarse para evaluación anatomopatológica.

3.8 LESIONES VAGINALES

La mayoría de las mujeres experimentan problemas vaginales menores de vez en cuando. Estos problemas pueden estar relacionados con los ciclos menstruales, las relaciones sexuales, las infecciones, los métodos anticonceptivos, el envejecimiento, los medicamentos o cambios después del embarazo.

Es posible que un cambio en el flujo vaginal normal sea la primera señal de un problema vaginal. Los cambios en la micción, como tener que orinar más frecuentemente o tener sensación de ardor al orinar, también pueden ser un síntoma de un problema vaginal.

Las afecciones que pueden causar un cambio en el flujo vaginal normal incluyen:

- ❖ Infecciones de la vagina, como una infección por hongos en forma de levadura, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, virus del papiloma humano (VPH) o herpes.
- ❖ Infección del cuello uterino (cervicitis).
- ❖ Un objeto en la vagina, como un tampón olvidado.
- ❖ Infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés), como clamidia o gonorrea.
- ❖ Diversas prácticas sexuales, como contacto oral a vaginal y anal a vaginal.
- ❖ Medicamentos vaginales o lavado vaginal.

Podrían ocurrir otros problemas vaginales o vulvares por el uso de métodos anticonceptivos, el uso de medicamentos o el envejecimiento, o como resultado de cambios después del embarazo. Estos problemas incluyen:

- ❖ Prolapso vaginal, que puede causar cambios en la micción y en la evacuación del intestino.
- ❖ Retención de un tampón, un dispositivo anticonceptivo o un objeto extraño. Vea cómo extraer un objeto de la vagina .
- ❖ Lesión de la vulva o la vagina, como caerse sobre una barra metálica, por ejemplo, en una bicicleta o en un equipo de un patio de juegos, o como consecuencia de un objeto en la vagina.

- ❖ Dolor en la vulva (vulvodinia).
- ❖ Neuralgia pudenda, de la presión sobre el nervio pudendo en la zona genital.
- ❖ Vaginitis no infecciosa. Algunos ejemplos de esto incluyen:
 - Una reacción alérgica o irritación causada por sustancias químicas, como aquellas que se encuentran en aerosoles, lavados o espermicidas vaginales.
 - Cambios hormonales relacionados con la menopausia, como la vaginitis atrófica.
 - Uso de antibióticos y otros medicamentos, que podría cambiar el equilibrio de los organismos en la vagina.

Una joven que tiene síntomas vaginales inusuales debe ser evaluada por su médico para determinar la causa. La vaginitis en una joven podría ser causada por:

- ❖ Una bola de papel higiénico en la vagina.
- ❖ Oxiuros que se han propagado desde el ano hasta la vagina.
- ❖ La propagación a la vagina de bacterias provenientes de una infección respiratoria superior de los oídos (otitis media) o la garganta (amigdalitis) a través de las manos.

Una joven que tiene síntomas vaginales también debe ser evaluada para detectar un posible abuso sexual.

Lesiones cervico-vaginales locales

Es un área de células anormales que se forman en la superficie de ciertos órganos como el cuello uterino la vagina, la vulva. Cuando se observa al microscopio el aspecto de la lesión escamosa intraepitelial varía de un poco anormal a muy anormal por lo general esta lesión obedece a una infección crónica por ciertos tipos de virus de papiloma humano, estas células anormales se vuelven cancerosas y se diseminan al tejido normal cercano. Se puede llevar a la displasia y sea moderada o grave

3.9 TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

Normalmente, si se lastima, su cuerpo forma un coágulo de sangre para detener la hemorragia. Para que la sangre coagule, el organismo necesita células llamadas plaquetas y proteínas conocidas como factores de coagulación. Si tiene un trastorno de coagulación, significa que no tiene suficientes plaquetas o factores de coagulación o éstos no funcionan como deberían.

Los problemas de coagulación pueden ocurrir por otras enfermedades, como enfermedades hepáticas severas o falta de vitamina K. También pueden ser hereditarios. La hemofilia es un trastorno de coagulación hereditario. Los trastornos de la coagulación también pueden ser causados por un efecto secundario de ciertas medicinas, como los anticoagulantes.

Diversos análisis de sangre pueden detectar un trastorno de la coagulación. También se le realizará un examen físico y de historia médica. Los tratamientos dependen de la causa. Pueden incluir medicamentos y transfusiones de sangre, plaquetas o factor de coagulación.

Un trastorno hemorrágico es un problema de salud que provoca un sangrado imposible de parar. Aproximadamente una de cada 10 mujeres con períodos menstruales abundantes pueden tener un trastorno hemorrágico. El tipo más común de trastorno hemorrágico en las mujeres es la enfermedad de Willebrand (EVW). Si los trastornos hemorrágicos no reciben tratamiento pueden aumentar el riesgo de anemia y hemorragias peligrosas después del parto.

Un trastorno hemorrágico es un problema de salud que provoca un sangrado imposible de parar. Normalmente cuando alguien se lastima, se forma un coágulo de sangre que detiene el sangrado rápidamente. Para que se forme un coágulo, la sangre necesita un tipo de glóbulo, llamado plaqueta, y proteínas de la sangre, denominadas factores de coagulación.

Si tienes un trastorno hemorrágico, tus plaquetas o factores de coagulación no funcionan correctamente o tu cuerpo no produce las plaquetas o los factores de coagulación suficientes. Esto facilita que se produzca un sangrado excesivo durante las funciones normales del organismo, por ejemplo, el período menstrual. Las

personas que tienen un trastorno hemorrágico también pueden sangrar demasiado o por un tiempo prolongado después de una herida, un arreglo dental, un parto o una cirugía.

Los trastornos hemorrágicos afectan tanto a mujeres como a hombres. Sin embargo, los trastornos hemorrágicos pueden ocasionar más problemas a las mujeres debido al sangrado abundante durante los períodos menstruales y al riesgo de sufrir una hemorragia riesgosa después del parto.

Es posible. Aproximadamente una de cada 10 mujeres con períodos abundantes pueden presentar algún tipo de trastorno hemorrágico.

Sin embargo, otras causas de los períodos abundantes incluyen estas:

- ❖ Determinados problemas de salud. El sangrado abundante puede ser un indicador de problemas de tiroides o fibromas uterinos.
- ❖ Problemas reproductivos. Cuando el ciclo menstrual es normal, el cuerpo desecha el revestimiento uterino en cada período. Si tienes un desequilibrio hormonal o si no ovulas, la capa que cubre la pared del útero puede engrosarse demasiado. Y al eliminar este recubrimiento durante el siguiente período menstrual, se puede producir un sangrado abundante.
- ❖ Determinados medicamentos. Algunos medicamentos antiinflamatorios y anticoagulantes pueden provocar períodos abundantes o prolongados.

Síntomas

Algunos de los síntomas más frecuentes de los trastornos hemorrágicos son:

- ❖ Moretones grandes producto de un golpe o herida leve
- ❖ Hemorragias nasales frecuentes o difíciles de detener
- ❖ Sangrado menstrual abundante
- ❖ Sangrado vaginal intenso a causa de otras afecciones, como endometriosis
- ❖ Sangre en las heces o en la orina
- ❖ Sangrado intenso o prolongado luego de una herida, cirugía o intervención odontológica
- ❖ Anemia, condición que hace que luzcas pálida o te sientas cansada o débil

- ❖ Sangrado en las articulaciones, los músculos y los órganos

Si tienes cualquiera de estos síntomas, consulta con tu médico o enfermera. Estos pueden ser también síntomas de otros problemas de salud.

4.- LOS SANGRADOS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Independientemente a la causa que los origine son importantes y no debemos pasarlos por alto, ya que pueden poner en riesgo la vida de la madre y del producto, sin embargo, la conducta a seguir tanto del médico anesthesiólogo y gineco-obstetra, en el manejo de este tipo de pacientes, a tiempo disminuye el riesgo de morbilidad de las mismas.

La hemorragia que se presenta durante el tercer trimestre del embarazo, puede poner con mayor frecuencia en riesgo a la madre y al producto y de no ser tratada a tiempo y de manera adecuada ocasionar el deceso de la madre, el producto o ambos. Por tal motivo hablaremos más sobre este tipo de hemorragias. Las causas más frecuentes de hemorragia a mitad del embarazo.

4.1 ANOMALÍAS DE LA IMPLANTACIÓN PLACENTARIA (PLACENTA PREVIA)

Las anomalías en la inserción placentaria (placenta previa y acretismo placentario) se asocian a graves complicaciones que se presentan principalmente durante el momento del nacimiento y que causan altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal, con la consiguiente repercusión en el ámbito familiar, económico y social. A nivel mundial se ha reportado que el sangrado asociado a placenta previa es causa del 2.3% de la mortalidad perinatal, de hecho se ha observado un aumento del 20 al 46.5% de la tasa de histerectomías por acretismo placentario e incluso se ha reportado una mortalidad perinatal del 60% en casos de vasa previa no diagnosticada.

La trascendencia del diagnóstico y el manejo correcto y oportuno de este espectro de alteraciones relacionadas con la placentación, puede coadyuvar a que se logre invertir la balanza de una mayor proporción de muertes y complicaciones maternas y perinatales, por lo que es de gran utilidad disponer de herramientas de gestión clínica, entre ellas guías de práctica clínica, construidas con la mejor evidencia científica disponible en la que incluyan recomendaciones clave para la atención de

esta enfermedad con la participación de equipos multidisciplinarios experimentados de los tres niveles de atención.

Usamos el término placenta previa (PP) cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida. La PP supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre. Se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbimortalidad perinatal no despreciable.

No hay un claro consenso en la clasificación de la placenta previa, pero los criterios más utilizados son los siguientes:

- ❖ PP oclusiva: la placenta cubre completamente el orificio cervical interno (OCI)
- ❖ PP no oclusiva:
 - Placenta marginal: la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo
 - Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI

Diagnóstico

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico. La evaluación de una PP en la ecografía TV incluye:

- ❖ Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- ❖ Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- ❖ Localizar la inserción cordón.

- ❖ En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- ❖ Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa.

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP oclusiva, marginal o de inserción baja a < 10mm, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico.

El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%)

4.2 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

La placenta conecta el feto (bebé que no ha nacido) al útero de la madre y permite que este reciba los nutrientes, la sangre y el oxígeno de ella. También le ayuda al bebé a eliminar los residuos.

El desprendimiento prematuro de la placenta (también llamado separación de la placenta) es cuando esta se separa de la pared interna del útero antes de que nazca el bebé. En la mayoría de los embarazos, la placenta permanece unida a la parte superior de la pared uterina. En una pequeña cantidad de embarazos, la placenta se desprende (se cae de la pared del útero) demasiado pronto. La mayoría de las veces, solo una parte de ella se separa. Otras veces, se separa por completo. Si esto sucede, se da con más frecuencia en el 3er. trimestre.

La placenta es la línea de la vida de un feto. Se presentan problemas graves si esta se desprende. El bebé recibe menos oxígeno y menos nutrientes. Algunos bebés muestran un crecimiento restringido (son muy pequeños) y, en muy pocos casos,

es mortal. También puede provocar una importante pérdida de sangre para la madre. ¿Que la causa? Nadie conoce la causa del desprendimiento prematuro de la placenta. Sin embargo, estos factores aumentan el riesgo de que ocurra:

- ❖ Antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta en embarazos anteriores
- ❖ Presión arterial alta prolongada (crónica)
- ❖ Presión arterial alta súbita en mujeres embarazadas que antes tenían presión arterial normal
- ❖ Enfermedad del corazón
- ❖ Traumatismo abdominal
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Consumo de alcohol o cocaína
- ❖ Desprendimiento prematuro de la placenta en un embarazo anterior
- ❖ Fibromas en el útero
- ❖ Una lesión en la madre (como un accidente automovilístico o una caída con golpe en el abdomen)
- ❖ Ser afroamericana o caucásica
- ❖ Ser mayor de 40 años

Los síntomas más comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas. La magnitud del sangrado depende de la cantidad de placenta que se haya desprendido. A veces, la sangre que se acumula cuando la placenta se desprende permanece entre la placenta y la pared uterina, por lo que puede que no se presente sangrado de la vagina.

- ❖ Si la separación es leve, es posible que se presente un sangrado ligero. También le puede dar cólicos o sentirse sensible en su abdomen.
- ❖ Si la separación es moderada, puede tener un sangrado más abundante. Los cólicos y el dolor abdominal serán más intensos.

- ❖ Si más de la mitad de la placenta se desprende, puede tener dolor abdominal y sangrado abundante. También puede tener contracciones. El bebé puede moverse más o menos de lo normal.

Si usted tiene alguno de estos síntomas durante su embarazo, coméntele al médico de inmediato

Tratamiento

Su proveedor hará lo siguiente:

- ❖ Realizará un examen físico
- ❖ Observará sus contracciones y cómo responde a ellas el bebé
- ❖ Algunas veces, hará un ultrasonido para revisarle la placenta (pero el ultrasonido no siempre muestra un desprendimiento de la placenta)
- ❖ Verificará la frecuencia y el ritmo cardíacos del bebé

Si su desprendimiento de placenta es pequeño, su proveedor le puede ordenar reposo en cama para detener la hemorragia. Después de unos días, la mayoría de las mujeres puede volver a sus actividades normales en la mayoría de casos.

En caso de una separación moderada, es probable que necesite permanecer en el hospital. Allí:

- ❖ Le vigilarán el ritmo cardíaco al bebé.
- ❖ Usted podría necesitar una transfusión de sangre.
- ❖ Si el bebé muestra signos de sufrimiento, su proveedor puede inducir el parto prematuro. Si no puede dar a luz por vía vaginal, necesitará una cesárea.

El desprendimiento prematuro de placenta es una situación de emergencia. Usted tendrá que dar a luz de inmediato, con más frecuencia por cesárea. Es poco

frecuente que se presente, pero un bebé puede nacer muerto si hay un desprendimiento grave.

4.3 PLACENTA ACRETA

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP oclusiva, marginal o de inserción baja a < 10mm, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico. El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%) placentas acreta se asocian a una placenta previa). Otras cicatrices uterinas como miometomias, legrados o extracción manual de placenta también confieren mayor riesgo, así como los mismos factores predisponentes a presentar una placenta previa. El riesgo de placenta acreta si existe una placenta previa aumenta en función del número de cesáreas previas:

- ❖ Ninguna cesárea previa: 3.3%
- ❖ 1 cesárea previa: 11%
- ❖ 2 cesáreas previas: 40%
- ❖ 3 cesáreas previas: 61%
- ❖ 4/5 cesáreas previas: 67%

Si la placenta no es previa, el riesgo de placenta acreta será menor (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas)

Ante la sospecha de un acretismo placentario, se realizará un seguimiento ecográfico estricto para confirmación diagnóstica, valorar del grado de invasión progresivo y óptima planificación de la cirugía.

- ❖ Placenta acreta sintomática: Actuar según el apartado de placenta previa sintomática
- ❖ Placenta acreta asintomática: Manejo pre-quirúrgico

4.4 PLACENTA INCRETA

La placenta increta ocurre cuando las vellosidades se adhieren al cuerpo del miometrio, pero no a través de todo su grosor.

¿Qué causa estas condiciones de la placenta?

No se sabe qué causa este tipo de condición. Pero con frecuencia suceden si tiene una cicatriz de una cirugía, como cuando se le sacó un fibroma o si tuvo una cesárea. El fibroma es un tumor que crece en la pared del útero (matriz). Si ha tenido una cesárea, tiene más probabilidades de padecer estas condiciones que si hubiera tenido un parto vaginal. Y cuantas más cesáreas haya tenido, más probable es que tenga esos problemas de placenta.

Entre los factores que pueden aumentar las probabilidades de que tenga este tipo de condiciones de la placenta se incluyen:

- ❖ Fumar
- ❖ Ser mayor de 35 años
- ❖ Haber estado embarazada antes
- ❖ Tener placenta previa

¿Cómo puede reducir su riesgo de tener condiciones de la placenta?

Una manera de reducir sus probabilidades de tener este tipo de condiciones de la placenta en embarazos futuros es tener sus bebés por parto vaginal en lugar de cesárea. Debe hacerse una cesárea únicamente si usted o su bebé tiene problemas de salud que la hacen necesaria por motivos médicos. Para algunas mamás y bebés con problemas de salud, la cesárea es menos peligrosa que el parto vaginal. Pero

si su embarazo es sano, es mejor permanecer embarazada hasta que el parto comience por sí solo. No programe una cesárea por motivos que no son médicos, como querer que su bebé nazca un día en particular o porque está incómoda y desea tener al bebé antes de la fecha prevista de parto.

Aunque ya haya tenido una cesárea, quizás pueda tener a su próximo bebé por parto normal. A eso se lo llama parto vaginal después de una cesárea (VBAC). Quizás pueda tener un VBAC dependiendo del tipo de incisión (corte) que se le haya hecho en la cesárea y de la salud general de su embarazo. Hable con su profesional si considera que el VBAC puede ser una opción para usted.

¿Cuáles son algunos otros problemas que pueden afectar la placenta?

En algunos casos, la placenta no se desarrolla correctamente ni funciona tan bien como debiera. Puede ser demasiado delgada, demasiado gruesa o tener un lóbulo extra. El cordón umbilical puede no estar adherido correctamente. Los problemas como infecciones, coágulos de sangre e infartos (un área de tejido muerto, como una cicatriz) pueden suceder durante el embarazo y dañar la placenta.

- ❖ Los problemas de placenta como esos pueden dar lugar a riesgos de salud para usted y su bebé. Algunos de esos riesgos incluyen:
- ❖ Puede tener un aborto espontáneo.
- ❖ Su bebé no crece tan bien como debiera durante el embarazo.
- ❖ Puede tener sangrado en el parto.
- ❖ Es posible que tenga un parto prematuro. Éste es el nacimiento que sucede demasiado temprano; es decir, antes de las 37 semanas de embarazo.
- ❖ Su bebé puede tener defectos de nacimiento.

El profesional de la salud le controla la placenta después del parto. Algunas veces se envía la placenta a un laboratorio para analizarla, en particular si el bebé tiene ciertos problemas de salud como mal crecimiento.

4.5 PLACENTA PERCRETA

La placenta percreta, la forma más rara y más severa de placenta acreta, puede afectar la vejiga urinaria. Debido a su propensión a una hemorragia severa, es una condición potencialmente mortal. Aunque comúnmente se descubre en el momento del parto, el diagnóstico prenatal se puede lograr con ultrasonido, resonancia magnética y / o cistoscopia. Se debe hacer todo lo posible para minimizar el potencial de pérdida de sangre evitando la extracción de la placenta en el momento del parto y realizando una histerectomía o utilizando la terapia con metotrexato para extirpar la placenta residual en el período posparto. Si se produce una hemorragia durante el parto, se debe considerar la extirpación quirúrgica inmediata del útero y, dependiendo de la gravedad de la hemorragia y la profundidad de la invasión de la placenta en la vejiga.

La invasión de la vejiga por la placenta (placenta percreta) es una complicación obstétrica potencialmente mortal, aunque rara. El diagnóstico generalmente se establece cuando se intentan separar la placenta adherente de la vejiga. Esta maniobra provoca una hemorragia masiva que a menudo es bastante difícil de controlar. Un diagnóstico preoperatorio firme permite la preparación y organización adecuadas de ayuda multidisciplinaria para lo que puede ser un procedimiento quirúrgico difícil que requiere una transfusión de sangre masiva. El uso de nuevas técnicas de intervención y enfoques quirúrgicos alternativos puede disminuir la morbilidad y la pérdida de sangre. Por lo general, se consulta a los urólogos después de que ya haya surgido una situación de emergencia potencialmente mortal.³ La familiaridad con esta condición es crucial para un manejo efectivo. A continuación, presentamos un informe del caso, seguido de una discusión sobre las alternativas para el diagnóstico y manejo de la placenta percreta.

La placenta percreta, que puede afectar cualquier estructura uterina vecina, es una afección potencialmente mortal. Cuando se trata de la vejiga urinaria, la clave para un manejo exitoso es un enfoque multidisciplinario que utilice un equipo de médicos y cirujanos que representen la urología, la radiología y la obstetricia ginecológica. Se

debe hacer todo lo posible para lograr el diagnóstico prenatal, minimizar la pérdida de sangre y preservar la vejiga.

4.6 TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO.

El trabajo de parto pretérmino puede ser desencadenado por

- ❖ Rotura prematura de membrana.
- ❖ Corioamnionitis (infección intraamniótica)
- ❖ Otra infección uterina ascendente (comúnmente debido a estreptococos del grupo B)
- ❖ Embarazo multifetal
- ❖ Anomalías fetales o placentarias
- ❖ Anomalías uterinas
- ❖ Pielonefritis
- ❖ Algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Puede no evidenciarse una causa.

Los partos pretérmino previos y la incompetencia cervical aumentan el riesgo.

El trabajo de parto prematuro puede aumentar el riesgo de hemorragia intraventricular en los recién nacidos; esta puede provocar una discapacidad en el desarrollo neurológico (p. ej., parálisis cerebral).

Diagnostico

El diagnóstico de trabajo de parto pretérmino se basa en los signos del trabajo de parto y la duración del embarazo.

Se llevan a cabo cultivos anovaginales en busca de estreptococos del grupo B, y se inicia la profilaxis adecuada. Se realizan análisis de orina y urocultivo en busca de cistitis y pielonefritis. Se realizan cultivos cervicales para confirmar las ETS si los hallazgos clínicos las sugieren.

La mayoría de las mujeres con un diagnóstico presuntivo de trabajo de parto pretérmino no progresan hacia el parto.

Tratamiento

- ❖ Antibióticos para estreptococos del grupo B, en espera de los resultados de los cultivos
- ❖ Tocolíticos
- ❖ Corticoides si la edad gestacional es < 34 semanas.
- ❖ Progestágenos en futuros embarazos.

En principio, se indican reposo en cama e hidratación. El manejo del trabajo de parto pretérmino también puede incluir antibióticos, tocolíticos y corticosteroides.

Antibióticos

Antibióticos efectivos contra estreptococos del grupo B, en espera de cultivos anovaginales negativos. La elección incluye:

- ❖ Para mujeres sin alergia a la penicilina: penicilina G 5 millones de unidades IV, seguidas de 2,5 millones de unidades cada 4 h o ampicilina, 2 g IV seguidos de 1 g cada 4 h
- ❖ Para mujeres con alergia a la penicilina, pero bajo riesgo de anafilaxia (p. ej., erupción maculopapular con uso previo): cefazolina 2 g IV, seguidos de 1 g cada 8 h
- ❖ Para mujeres con alergia a la penicilina y un riesgo elevado de anafilaxia (p. ej., broncoespasmo, edema angioneurótico o hipotensión con uso previo, especialmente dentro de los 30 min de la exposición): clindamicina 900 mg IV cada 8 h o eritromicina 500 mg IV cada 6 h si los cultivos anovaginales muestran sensibilidad; si los cultivos documentan resistencia o los resultados no están disponibles, vancomicina 1 g IV cada 12 h

Tocolíticos

Si el cuello está dilatado, con frecuencia los tocolíticos (agentes que detienen las contracciones uterinas) pueden dilatar el trabajo de parto 48 h para poder dar corticoides a fin de reducir los riesgos del feto. Los tocolíticos incluyen

- ❖ Sulfato de magnesio
- ❖ Un bloqueante de los canales de calcio
- ❖ Inhibidores de la prostaglandina

Ningún tocolítico es claramente la elección de primera línea; la elección debe individualizarse para minimizar los efectos adversos.

El sulfato de magnesio es el que más se usa y, en general, es bien tolerado. Se debe considerar la indicación de sulfato de magnesio IV en los embarazos < 32 sem. La exposición intrauterina al fármaco parece reducir el riesgo de disfunción neurológica grave (p. ej., debido a hemorragia intraventricular), incluyendo parálisis cerebral, en los recién nacidos.

Los inhibidores de las prostaglandinas pueden causar oligohidramnios transitorio. Están contraindicados después de las 32 semanas de gestación porque pueden causar un estrechamiento o el cierre del conducto arterioso.

Corticosteroides

Si el feto tiene < 34 semanas, las mujeres reciben corticosteroides salvo que el parto sea inminente. Se puede considerar la indicación de otro curso de corticosteroides en presencia de todos los siguientes hallazgos:

- ❖ El embarazo es < 34 semanas.
- ❖ Las mujeres corren el riesgo de dar a luz dentro de los siguientes 7 días.
- ❖ El último curso se administró 14 días antes.

Los corticosteroides también deben considerarse a una edad gestacional de 34 semanas 0 días a 36 semanas 6 días si las mujeres corren el riesgo de dar a luz dentro de los 7 días y no se han administrado corticosteroides en forma previa.

Puede utilizarse uno de los siguientes corticosteroides:

- ❖ Betametasona 12 mg IM cada 24 h 2 dosis
- ❖ Dexametasona 6 mg IM cada 12 h 4 dosis

Estos corticoides aceleran la maduración de los pulmones fetales y disminuyen el riesgo de síndrome del distrés respiratorio neonatal, sangrado intracranial y mortalidad.

Progestágenos

Se puede recomendar un progestágeno en futuros embarazos para las mujeres que tienen un parto pretérmino para reducir el riesgo de recurrencia. Este tratamiento se inicia durante el segundo trimestre y se continúa hasta justo antes de la finalización del embarazo.

4.7 RUPTURA UTERINA

La rotura uterina es rara. Puede ocurrir durante la última etapa del embarazo o el trabajo de parto activo.

La rotura uterina ocurre más frecuentemente a lo largo de la línea de la cicatriz en mujeres con cesáreas previas. Otros factores predisponentes incluyen anomalías uterinas congénitas, traumatismos y otros procedimientos quirúrgicos, y otros procedimientos quirúrgicos como la miomectomía o la cirugía fetal abierta.

Las causas de rotura uterina incluyen

- ❖ Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, anomalías fetales)
- ❖ Versión fetal externa o interna
- ❖ Perforación iatrogénica
- ❖ Uso excesivo de uterotónicos

- ❖ Falta de reconocimiento de la distocia del trabajo de parto con las contracciones uterinas excesivas contra un anillo de restricción uterino inferior

Si las mujeres que han tenido una cesárea previa desean intentar un parto vaginal, las prostaglandinas no deben utilizarse, ya que aumentan el riesgo de rotura uterina.

Los signos y síntomas

La rotura uterina incluyen bradicardia fetal, desaceleraciones variables, evidencia de hipovolemia, pérdida de la estación fetal (detectada durante el examen cervical) y dolor abdominal grave o constante. Si el feto ha salido del útero y se encuentra en la cavidad peritoneal, la morbimortalidad aumenta rápidamente.

El diagnóstico de la rotura uterina se confirma mediante laparotomía. El tratamiento de la rotura uterina es la laparotomía inmediata con cesárea y, si es necesario, histerectomía.

4.8 ROTURA UTERINA COMPLETA

Es la propiamente dicha, cuando se produce la disrupción de todas las capas de la pared del útero, incluyendo la serosa, por lo que existe una comunicación directa con la cavidad abdominal. Tiene importante morbimortalidad materno-fetal, pudiendo ocasionar: hemorragia severa, rotura vesical, histerectomía, hipoxia fetal. En países desarrollados la principal causa es el intento de parto vaginal tras cesárea anterior, mientras que en países en vías de desarrollo la principal causa es el estancamiento del expulsivo con imposibilidad de parto instrumental.

4.9 LA ROTURA UTERINA INCOMPLETA O DEHISCENCIA

Se produce cuando la capa serosa permanece intacta, por lo que no hay comunicación con la cavidad abdominal. En muchas ocasiones permanece oculta y no presenta manifestaciones clínicas evidentes. En este caso las complicaciones

son mucho más leves, ya que las membranas fetales no están rotas, el feto permanece en la cavidad uterina y el sangrado no se produce o es mínimo. En ocasiones el diagnóstico se realiza en posteriores cesáreas, o bien en pruebas de imagen durante el embarazo.

1) Según el mecanismo que la provoca o causa:

- ❖ Roturas espontáneas (por debilidad miometrial): cicatrices, lesiones la pared uterina (ademiesis, tumores, etc.), adelgazamiento de la pared (hipoplasia, gran multiparidad, legrados repetidos, alumbramientos manuales, etc.), invasión miometrial por enfermedad trofoblástica.
- ❖ Pasivas (traumáticas): Traumatismo externo (accidentes, heridas por arma blanca o de fuego, etc.) o interno (maniobras obstétricas).
- ❖ Activas (hiperdinamia): En partos dirigidos (estimulación con oxitocina inadecuada) o espontáneo (desproporción pelvifetal, situación transversa).

2) Según el momento:

- ❖ durante el embarazo, especialmente relacionada con las causas: enfermedad trofoblástica gestacional, traumatismo (accidentes, heridas penetrantes, etc.), placenta percreta; y durante el parto, que es lo más frecuente, normalmente por dehiscencia de cicatriz uterina previa. La rotura postparto puede estar relacionada con la extracción fetal, un parto instrumental, alumbramiento manual.

3) Según extensión y localización:

- ❖ rotura vaginal, cervicales supravaginales, segmentarias (la más frecuente, por ser esta zona la más débil del útero), laterales

4) Según su dirección la rotura uterina puede ser

- ❖ Longitudinal.
- ❖ transversa.
- ❖ oblicua.
- ❖ Mixta.
- ❖ rotura estrellada.

5.- HEMORRAGIAS DEL POST PARTO

La hemorragia del postparto es una de las principales emergencias obstétricas. La tasa de mortalidad materna por hemorragias oscila entre 30 y 50%. Los factores de riesgo más importantes son: edad materna avanzada y enfermedades crónicas. La etiología más frecuente es la Inercia Uterina, definida como la incapacidad del útero de retraerse luego del alumbramiento. Su prevención se basa en el manejo activo del trabajo de parto y el tratamiento va desde el uso de terapias farmacológicas con uterotónicos hasta la histerectomía de urgencia. El Acretismo es una inserción anormal de la placenta. Su diagnóstico se basa en el uso de Ecografía y Resonancia Nuclear Magnética y su tratamiento es el parto por cesárea con histerectomía. La radiología intervencionista ha contribuido a disminuir de forma importante la severidad de la hemorragia postparto. Es imprescindible contar con guías de acción protocolizadas para así evitar o disminuir su incidencia y magnitud.

Hemorragia del parto y/o postparto es una de las principales y más importantes emergencias obstétricas, siendo la principal causa de ingreso a unidades de cuidados intensivos de las pacientes embarazadas y puérperas recientes.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en promover la prevención de la morbimortalidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto. Para ello se han elaborado guías de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos. El acceso a métodos diagnósticos, elementos terapéuticos, personal médico capacitado, condiciones nutricionales y de salud de la población y acceso a centros de salud calificados, varía según el país en que nos encontremos.

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, el 2005 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las

muerdes maternas totales, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia actualmente de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. Por otra parte, según la FIGO la tasa de mortalidad materna por hemorragias postparto, que varía de 30% a tasas superiores al 50% en diferentes países o comunidades, da también cuenta de esta realidad. La meta planteada al 2015 es reducir en 75% la mortalidad materna por hemorragia postparto con medidas de prevención y tratamiento adecuadas.

En Chile, entre 2000 y 2009 la hemorragia en el postparto ocupó el quinto lugar como causa de MM, con una razón de 0.8 por cada 100.000 nacidos vivos, de una razón total de 17.8 por cada 100.000 nacidos vivos en ese período; cifras que se asemejan bastante a aquellas observadas en países desarrollados.

El objetivo de esta revisión es mostrar la realidad de Chile, su inserción en el continente y el resto del mundo, analizar las etiologías más frecuentes, definir los medios con los que cuenta el país para su diagnóstico y eventual prevención, mostrar cuáles son las medidas terapéuticas a nuestro alcance y enfatizar la importancia de la acción multidisciplinaria e idealmente en base a protocolos de acción ante estos eventos.

El artículo analiza la Inercia Uterina, los mecanismos de diagnóstico y prevención, las medidas terapéuticas tanto farmacológicas como quirúrgicas, conservadoras y activas y el rol de la radiología intervencionista como complemento de la terapia. Se efectúa también un análisis de la Placentación Anormal, los medios diagnósticos con que se cuenta, el rol de la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en el diagnóstico de esta patología, los mecanismos complementarios a la cirugía a los que podemos acceder, recalcando el posicionamiento de la radiología intervencionista dentro de ellos y la importancia de agotar las medidas profilácticas y de estabilización materna previa ante la certidumbre de requerir una cesárea-histerectomía.

5.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La Hemorragia Postparto (HPP) se define clásicamente como una pérdida de sangre mayor a 500ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000ml en partos por cesárea. Dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos y a que en general se tiende a subestimar, se define de mejor manera como aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente.

Se clasifica en:

1. Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina.

2. Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.

5.2 FACTORES DE RIESGO

En la tabla 1 se resumen los principales factores de riesgo para presentar un evento hemorrágico durante el embarazo, parto y postparto. Es importante conocerlos y tenerlos presentes para así poder estar preparado ante la eventualidad de que ocurra dicho evento e incluso, en ciertas situaciones, implementar las herramientas diagnósticas que estén disponibles para llegar a un diagnóstico etiológico y así, en muchos casos, poder ofrecer un tratamiento que evite o disminuya al mínimo la probabilidad de que se produzca una hemorragia importante que comprometa tanto la vida de la madre como del feto.

Tabla 1. Factores de riesgo para hemorragia

CICATRICES UTERINAS PREVIAS
EDAD MATERNA MAYOR A 35 AÑOS
POLIHIDROAMNIOS
EMBARAZO MULTIPLE
MULTIPARIDAD
MALNUTRICION MATERNA
ANEMIA MATERNA
LEGRADO UTERINO PREVIO
TABAQUISMO Y CONSUMO DE DROGAS
MIOMAS UTERINOS
SINDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO
TRAUMATISMOS ABDOMINALES
HEMORRAGIA EN EMBARAZOS PREVIOS
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO
PATOLOGIA MATERNA CRONICA

Es importante además destacar el rol que juegan, por un lado, las enfermedades maternas crónicas como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes *Mellitus* (DM), Lupus Eritematoso Sistémico (LES), anemias crónicas y; por otro la edad materna al momento del embarazo en la génesis de HPP, especialmente en países desarrollados en los que se ha logrado disminuir más eficientemente la MM por otras causas.

5.3 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO

En el caso de sangrado genital en la segunda mitad del embarazo es importante primero, distinguir las causas ginecológicas de aquellas obstétricas propiamente tal. Dentro de las causas ginecológicas se encuentran la *cervicitis* o *vaginitis*, erosiones traumáticas por ejemplo debido a relaciones sexuales, pólipos endocervicales,

cáncer cérvicouterino, várices vaginales y/o vulvares, laceraciones genitales, entre otros.

Si se pueden identificar los factores de riesgos y las causas, es posible prevenir la hemorragia postparto. Problema: Dos tercios de las hemorragias postparto ocurren en pacientes en las que no se encuentran factores de riesgo evidentes.

Entre las causas obstétricas de sangrado existen aquellas que se presentan antes del parto, durante trabajo de parto y posterior a éste. Éstas aparecen resumidas en la tabla 2.

Tabla 2. Causas de hemorragia

ANTEPARTO	INTRAPARTO	POSTPARTO
Idiopática	DPPNI	Inercia uterina
DPPNI	Placenta previa	Restos placentarios
Placenta previa	Rotura uterina	Placentación anormal
RPO	Rotura vasa previa	Rotura uterina
		Inversión uterina
		Lesiones de cuello y vagina
		Coagulopatias

Una manera fácil de recordar las causas de HPP es utilizando la nemotecnia de las "4T":

1. **Tono (70%):** Incluye la atonía o inercia uterina.
2. **Trauma (19%):** Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina.
3. **Tejidos (10%):** Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal.
4. **Trombina (1%):** Incluye coagulopatias congénitas o adquiridas.

A continuación, se exponen las causas más importantes de HPP, su definición, las aproximaciones diagnósticas para cada una y las alternativas terapéuticas.

5.4 INERCIA UTERINA

Es la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del alumbramiento. Hay evidencia estadísticamente significativa de que el manejo activo de la tercera etapa del parto, incluso independientemente de qué especialista lo efectúe, (médico o matrona), reduce la HPP, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado. Los estudios de Bristol y colaboradores y Hinchingsbrooke y colaboradores compararon el manejo activo versus la conducta expectante y mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción de HPP con el manejo activo.

Tabla 3. Causas de hemorragia

	CON MANEJO ACTIVO	CON MANEJO EXPECTANTE	Odds ratio
Bristol fetal	50 HPP de 846 mujeres (5.9%)	152 HPP de 849 mujeres (17.9%)	3.13 (2.3-4.2)
Hinchingsbrooke fetal	51 HPP de 748 mujeres (6.8%)	126 HPP de 764 mujeres (16.5%)	2.42 (1.78-3.3)

Extraída de FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. International Journal of Gynecology and Obstetrics; Vol: 11, 2012. 108–118.

5.5 MANEJO ACTIVO

Consiste en el uso de Uterotónicos: Administrados después del alumbramiento

Oxitocina (10 UI IV o 5 IM)

Ergometrina o Metilergometrina (0.2mg IM). Contraindicada en pacientes cardiopatas, con preeclampsia, eclampsia o HTA

Syntometrina (Occitocina 5 UI + Ergometrina 0.5ml por ampolla IM). Contraindicada en pacientes cardiopatas, con preeclampsia, eclampsia o HTA

Misoprostol (400-600-800µg SL o IR). En estudios controlados que comparan uso de Misoprostol versus placebo, incluso sin tracción controlada de cordón ni masajes uterinos, se ha mostrado una reducción significativa de la HPP

Tracción controlada del cordón umbilical: Consiste en una tracción suave y mantenida del cordón umbilical manteniendo una compresión en el fondo uterino, que debe efectuarse durante la contracción uterina (ha mostrado ser más eficiente para prevenir HPP que su no uso). No debe efectuarse tracción del cordón sin compresión del fondo uterino ni fuera de la contracción. Ha registrado mejores resultados en los casos de hemorragias moderadas, pero sin diferencias significativas en casos de hemorragias severas

Masaje uterino post alumbramiento: Puede ser necesario y eficaz hasta dos horas post alumbramiento y hay que asegurarse de que no haya relajación del útero luego de detener los masajes. Si bien no se ha mostrado diferencias al compararlo con pacientes a las que no se les efectuó masaje uterino en cuanto a la cuantía del sangrado, sí disminuyó la necesidad de utilizar uterotónicos de forma adicional

Vaciamiento vesical

EN CASO DE PERSISTIR LA HPP

Occitocina 20–40 UI por litro de suero fisiológico a 60 gotas por minuto

Si el sangrado persiste a pesar del uso de Occitocina: Egometrina o Metilergromterina 0.2–0.5mg intramuscular lento y si persiste 0.2mg intramuscular

cada 2 a 4 horas por máximo 5 dosis. No exceder 1mg en 24 horas por riesgo de crisis hipertensiva

Syntometrina 1 ampolla IM (el uso endovenoso puede causar hipotensión brusca severa)

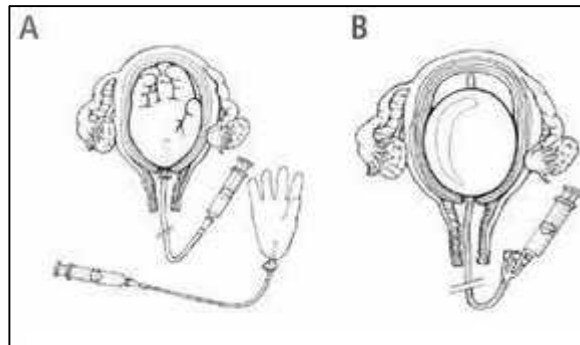
Misoprostol 800µg rectal o sublingual

Si con el manejo farmacológico no se logra controlar la HPP, se debe:

1. Efectuar compresión bimanual uterina (interna-externa)
2. Compresión aórtica con control de pulso femoral.
3. Taponamiento intrauterino:
 - ❖ Packing.
 - ❖ Balón intrauterino (figura1). Ha mostrado una efectividad de hasta 91.5% y, por lo tanto, su uso ha sido recomendado en diferentes trabajos.

❖

Figura 1. Balón intrauterino



La imagen (A) muestra cómo se puede confeccionar un balón intrauterino utilizando una sonda vesical y un guante estéril en caso de no contar con Balón de Bakri (B).

4. Pantalones de *shock* (no disponible en la mayoría de los centros hospitalarios de nuestro país)
5. Embolización o colocación de balones intraarteriales (en arterias hipogástricas)
6. Laparotomía:
 - ❖ Ligadura hipogástrica

- ❖ Suturas compresivas (B-Lynch)

7. Histerectomía obstétrica

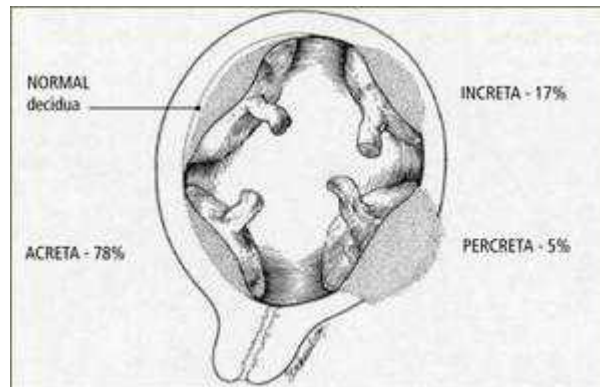
5.6 ACRETISMO PLACENTARIO

El Acretismo Placentario es una patología que puede ser diagnosticada durante el embarazo.

Es la inserción y adherencia anormal de la placenta al tejido uterino. Se clasifica en (figura 2):

- ❖ Placenta acreta: Placenta adherida firmemente a miometrio sin plano de clivaje
- ❖ Placenta increta: Placenta que invade el miometrio
- ❖ Placenta percreta: Placenta penetra hasta la serosa pudiendo comprometer órganos vecinos

Figura 2. Clasificación tipos de Acretismo Placentario



Entre los factores de riesgo para desarrollar un Acretismo Placentario se encuentran:

- ❖ Riesgo moderado:

- Edad materna avanzada
- Multiparidad
- ❖ Riesgo alto:
 - Cicatriz de cesárea anterior
 - Placenta previa
- ❖ Riesgo muy alto:
 - Coexistencia de cesárea previa y placenta previa anterior

El Acretismo Placentario es una patología que puede ser diagnosticada durante el embarazo y que debe ser buscada ante la existencia de los factores de riesgo antes mencionados. En el estudio por imágenes de la placenta es de primera línea el uso de ultrasonido (transabdominal o transvaginal) por su amplia disponibilidad, bajo costo, ausencia de radiación ionizante y la capacidad de evaluar la vascularización materno fetal mediante el uso de Doppler color y espectral. Según revisiones recientes tendría una sensibilidad de 90.7% y una especificidad de un 96.9% en manos de un operador entrenado. Los signos ecográficos más sugerentes de Acretismo Placentario son:

- ❖ Pérdida de la homogeneidad placentaria reemplazada por espacios hipo o anecogénicos adyacentes al miometrio contiguo
- ❖ Pérdida de la interfase retroplacentaria
- ❖ Pérdida de la interfase entre serosa uterina y vejiga

El otro método diagnóstico importante durante el embarazo es la Resonancia Nuclear Magnética, ya que también es un examen seguro para la madre y el feto, que no emite radiación ionizante.

Por su parte, la cistoscopia es un procedimiento diagnóstico relevante en el caso de sospecha de compromiso vesical, tanto en la determinación de la superficie y profundidad comprometida como en la determinación de la eventual invasión de los

meatos ureterales. Es relevante que, pese a exámenes interpretados como normales, la sospecha diagnóstica es lo más importante para implementar la terapia correspondiente

Una vez efectuado el diagnóstico de Acretismo Placentario, se debe informar adecuadamente a la paciente que la conducta a seguir es la histerectomía obstétrica, debiendo durante lo que resta del embarazo lograr las mejores condiciones nutricionales y hematológicas de la paciente, manteniendo control estricto de su gestación con reposo relativo y abstinencia sexual. Si la paciente es portadora de patología no obstétrica, debe estar debidamente compensada (diabetes, HTA, anemia).

Previo a la histerectomía obstétrica, con el objetivo de disminuir el sangrado propio de esta compleja cirugía, existe la posibilidad de efectuar mediante radiología intervencionista embolización y/o colocación de balones en arterias hipogástricas. La embolización es un procedimiento aún controvertido, siendo la colocación de balones arteriales bastante más seguro y controlables sus eventuales complicaciones.

Se propone además un manejo conservador con la finalidad de preservar el útero. Eso podría efectuarse en caso de sospecha de acretismo focal, placenta acreta posterior o en fondo uterino o deseo de la paciente de preservar su fertilidad. Una revisión sistemática reportó los siguientes resultados:

- ❖ Sangrado severo: 53%
- ❖ Sepsis: 6%
- ❖ Histerectomía secundaria: 19%
- ❖ Muerte: 0.3%
- ❖ Embarazo posterior: 67%

Además habría un efecto deletéreo sobre la fertilidad de la mujer a largo plazo, aunque los datos al respecto aún son limitados (13–15). Por lo anterior, el manejo

conservador no es una aproximación que se recomiende de rutina en la actualidad.

5.7 DIAGNÓSTICO DE ACRETISMO PLACENTARIO:

ROL DE LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA PARA EL DIAGNOSTICO

Inicialmente el estudio placentario es por ultrasonido, pero si éste no es concluyente o en casos de implantación posterior de la placenta, está indicada la realización de una Resonancia Magnética para una mejor evaluación. Esto es válido en casos de enfermedad trofoblástica gestacional y especialmente en pacientes con Acretismo Placentario. También resulta de utilidad complementariamente al ultrasonido en los casos de compromiso parametrial y en la determinación del grado de invasión trofoblástica.

- ❖ Dentro de las ventajas de la Resonancia Magnética sobre el ultrasonido se puede mencionar:
 - Mejor resolución de contraste
 - Amplio campo de visión
 - Evaluación de estructuras abdomino-pelvianas fuera del útero

- ❖ La Resonancia Magnética si bien es un excelente método diagnóstico tiene algunas desventajas:
 - Alto costo
 - Disponibilidad limitada
 - Claustrofobia

La Resonancia Magnética puede efectuarse con medio de contraste (gadolinio), pero dada su recirculación entre el feto y el líquido amniótico y la escasa evidencia de eventuales efectos en el feto, no está aprobado por la FDA (en Europa se utiliza a partir de las 20 semanas de gestación).

En el estudio por Resonancia Magnética se utiliza un Resonador de 1.5 Tesla y las siguientes secuencias:

- ❖ T2 HASTE (gradiente) en los planos axial, coronal y sagital, que abarca abdomen y pelvis
- ❖ T2 de alta resolución TSE en los tres planos a nivel pelviano
- ❖ VIBE (T1 gradiente con saturación grasa) en tres planos sin contraste

La primera secuencia permite obtener un amplio campo de visión del abdomen y pelvis en los tres planos con apneas de 12 a 24 segundos.

La segunda secuencia (T2 de alta resolución) es para ver detalle anatómico en pelvis, con un menor campo de visión y una mayor resolución en los planos axial, coronal y sagital. Estas secuencias duran tres a cuatro minutos y no dependen de la respiración por estar centradas en la pelvis. La última secuencia es muy útil para detectar productos hemáticos que tienen alta señal o "brillo" en estas secuencias. Posteriormente las imágenes obtenidas en formato DICOM son enviadas a una estación de trabajo para el análisis en pantallas de visualización de alta resolución.

La apariencia normal de la placenta en Resonancia Magnética es de intensidad de señal intermedia, en secuencias potenciadas en T2, con septos finos hipointensos (figura 3) que no deben ser confundidos con las bandas hipointensas irregulares y más gruesas que se asocian a placenta acreta. La vascularización subplacentaria se observa como numerosos "vacíos de señal" justo por debajo de la placenta (figura 4).

Figura 3. RNM acretismo placentario.

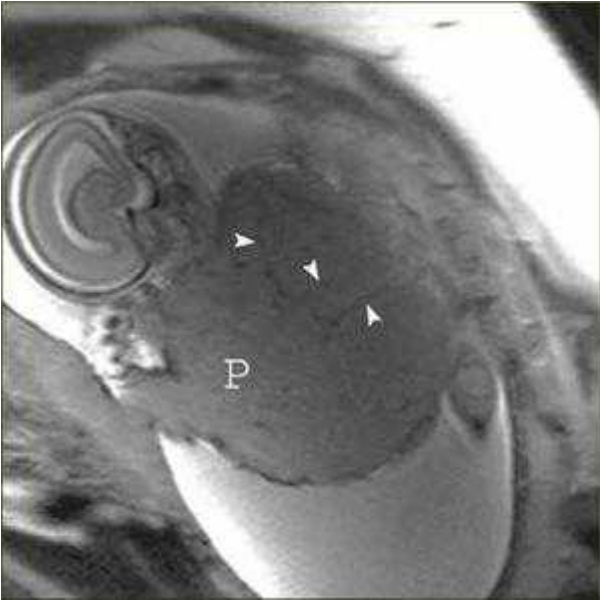
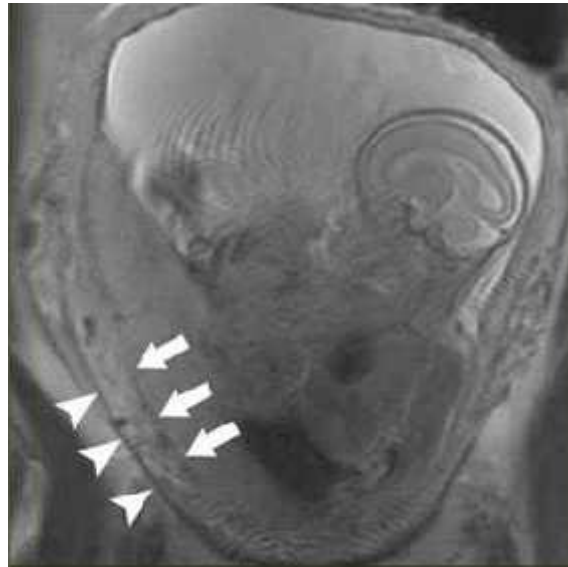


Figura 4. RNM acretismo placentario.



El miometrio en Resonancia Magnética se visualiza de un grosor variable dependiendo de la edad gestacional y con una intensidad de señal intermedia en secuencias potenciadas en T2, limitado por dentro y por fuera por una línea fina hipointensa (estructura en tres capas). Además se pueden visualizar múltiples vacíos de señal en el espesor del miometrio que corresponden a los vasos (figura 5).

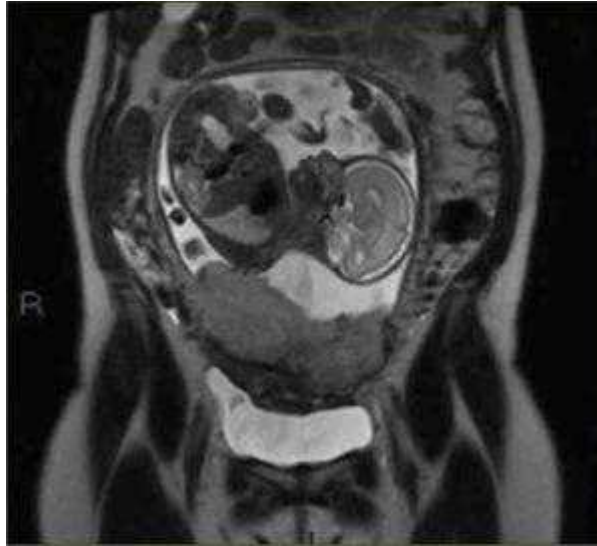
Figura 5. RNM acretismo placentario.



Los signos que sugieren la presencia de una placenta acreta (placenta adherida al miometrio sin invadirlo); increta (placenta invade el espesor del miometrio sin compromiso de la serosa); o percreta (el tejido placentario se extiende a la serosa o a órganos vecinos) en Resonancia Magnética son los siguientes:

Signos de Acretismo Placentario en Resonancia Magnética:

Figura 6. RNM acretismo placentario.



Interrupción focal de la pared miometrial (figura 6)

” Abultamiento uterino”, es decir, pérdida del contorno uterino suave y liso habitual
Intensidad de señal heterogénea dentro de la placenta con vacío de señal que puede corresponder a hemorragia intraplacentaria
Bandas hipointensas gruesas intraplacentarias que se extienden a la interfase placenta-miometrio (figuras 7 y 8).

Figura 7. RNM acretismo placentario

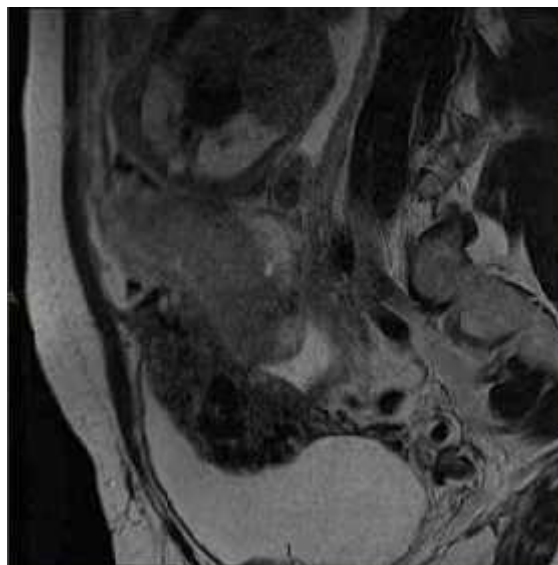


Figura 8. RNM Acretismo placentario.



5.8 RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (CATETERISMO Y EMBOLIZACIÓN) Y HPP

Considerando que la HPP es la primera causa de muerte materna en el mundo y que el 10% obedece a causas tisulares y un tercio de ellas se relaciona con Acretismo Placentario, el rol de la radiología intervencionista está ocupando un lugar cada vez más importante como complemento de la cirugía.

En los últimos años han aparecido publicaciones que muestran la utilidad de la tomografía computada multicorte para detectar y localizar el sitio de sangrado activo.

La persistencia del sangrado puede ser controlada mediante compresión intrauterina, mediante taponamiento con compresas, inserción de balones inflables (Balón de Bakri) y suturas compresivas (B-Lynch). Si después de aplicar las medidas terapéuticas descritas el sangrado persiste, desde el punto de vista de la radiología intervencionista, se puede efectuar terapia endovascular con cateterismo y/o embolización selectiva antes de efectuar una ligadura de las arterias hipogástricas o una histerectomía o como complemento de esta última. La ligadura de las arterias hipogástricas tiene, según diferentes estudios, un 50% de efectividad e impide efectuar un cateterismo posterior.

La embolización selectiva en la HPP, fue descrita por primera vez en 1979. Reportes más recientes en la literatura médica presentan buenos resultados, con una efectividad entre 80 y 100% y con un 9% de complicaciones como: fiebre, isquemia glútea y de extremidades inferiores transitoria, disección vascular, perforación arterial y abscesos pelvianos (figura 9).

Figura 9. Embolización selectiva.



Las pacientes con anomalías en la inserción placentaria, habitualmente son diagnosticadas con US durante el embarazo; y hoy en día también se dispone de

estudios pelvianos con RNM. Ante la eventualidad de confirmarse el diagnóstico, el caso puede ser analizado con el equipo médico y así planificar antes de la cesárea-histerectomía la colocación de un cateterismo profiláctico con un Balón de Oclusión del territorio hipogástrico, con o sin embolización (figura 10).

Figura 10. Balón de oclusión.



El cateterismo se puede realizar en una sala quirúrgica híbrida, lo que permite efectuar en el mismo lugar ambos procedimientos o en una sala de hemodinámica y a continuación trasladar a la paciente al pabellón quirúrgico.

Para la instalación de los catéteres se realizan punciones de las arterias femorales comunes con técnica de Seldinger y apoyo anestésico regional (peridural), el que se mantiene durante la cirugía. Se realizan los cateterismos selectivos de las arterias hipogástricas en forma contralateral y se prueban los balones de oclusión, todo esto bajo visión radioscópica. Después de extraído el recién nacido, se inflan los balones para disminuir el sangramiento durante la cirugía y finalizada ésta, se desinflan para verificar la hemostasia. En caso de ser necesario en este momento, se puede requerir embolizar, habitualmente con Gelita (material reabsorbible). Luego se retiran los catéteres y las vainas vasculares para efectuar compresión de los sitios de punción y control de los pulsos distales de las extremidades inferiores².

Se describe un 3% de complicaciones. Los resultados poco satisfactorios se atribuyen a diferencias técnicas, a las malas condiciones clínicas en que llegan algunas pacientes, a vasoespamo y/o a la extensa red arterial colateral pelviana.

En Clínica Las Condes se realizaron, en 2012 y 2013, tres cateterismos selectivos sin embolización, con buenos resultados, con una franca disminución en sangrado, morbimortalidad y días de hospitalización.

5.9 TERAPIA TRANSFUSIONAL

Desde la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la década de los 80, se incrementó el interés en todo el mundo por disminuir las transfusiones de sangre halógena y por esta razón, se desarrollaron diversas medidas para evitarlas.

En el caso específico de las pacientes obstétricas, la presencia de patologías del embarazo, las cuales aumentan el riesgo de hemorragia en el momento del parto, no se desarrollaron de manera tan masiva como en otros pacientes, las técnicas de ahorro de sangre.

Probablemente porque los métodos diagnósticos no permitían detectar los factores de riesgo hemorrágico en el parto como ocurre hoy y la circunstancia de la hemorragia postparto se producía de manera inesperada y nada se podía hacer, salvo transfundir a veces masivamente a las pacientes.

Una técnica muy popular en los años 80 y 90, fue la pre-donación de sangre, la cual consistía en enviar a los pacientes a realizar un depósito de sangre previo a la cirugía, de una a dos unidades, las cuales se utilizarían en caso necesario.

Esta técnica mostró ser poco útil, ya que en la mayoría de los casos no se utilizaban y además los pacientes llegaban anémicos a la cirugía debido a que en un plazo de dos semanas no lograban recuperar los glóbulos rojos extraídos.

La paciente obstétrica es particularmente mala candidata a someterse a estas técnicas sobre todo porque en la última fase del embarazo, cuando presentan alguna condición de riesgo como por ejemplo placenta previa, deben permanecer en reposo.

Debido a las razones expuestas, lo recomendable es optimizar la masa de glóbulos rojos previo a la cirugía y en aquellos casos en que se programa una histerectomía obstétrica, se recomienda la utilización de equipos de rescate de sangre del campo quirúrgico (Cell Salvage).

Existe un fundado temor al uso de estos equipos por el riesgo de producir embolia de líquido amniótico al retransfundir sangre extraída desde el campo quirúrgico, sin embargo, hay varios reportes que avalan su utilización.

Las recomendaciones fundamentales son que, en el momento de la extracción del feto, se utilice una aspiración distinta a la del recuperador celular para poder de esta manera eliminar el líquido amniótico.

Por otra parte, el proceso de recuperación de glóbulos rojos desde el campo quirúrgico involucra un ciclo de lavado, el cual se puede realizar con mayor cantidad de solución de lavado que la utilizada de forma habitual. Finalmente hay trabajos que sugieren la utilización de filtros leucocitarios para lograr un producto equivalente a la sangre materna.

Por último, es importante señalar que estas medidas son complementarias a lo ya expuesto y que una unidad de sangre ahorrada disminuirá los riesgos transfusionales, en especial en los relacionados a la transmisión de enfermedades virales cuya magnitud en Chile aún están muy lejos de aquellas obtenidas en países desarrollados.

La HPP continúa siendo una causa importante de muerte materna a nivel mundial, predominantemente en países subdesarrollados. La detección de factores de riesgo y el diagnóstico de la causa permite prevenir su incidencia.

El aporte de la radiología diagnóstica e intervencionista estos últimos años, ha permitido optimizar las medidas profilácticas y terapéuticas en pacientes con factores de riesgo.

El manejo adecuado de la patología médica asociada es vital para lograr una disminución en su incidencia.

Contar con protocolos adecuados a la situación de cada centro y/o comunidad, permite un mejor diagnóstico y una mayor eficiencia terapéutica.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

Causas más frecuentes - prevención - tratamiento de dolor de hemorragias.

Prevención:

- ❖ Manejo activo de la tercera etapa del parto
- ❖ Identificación de factores de riesgo y causas de HPP

Si la hpp está instalada:

- ❖ Monitorización materna
- ❖ Vía aérea permeable
- ❖ Vía venosa permeable
- ❖ Mantener ciclo vital estable (presiones arteriales mayores o iguales a 100/50 mmHg)
- ❖ Uso de uterotónicos endovenosos
- ❖ Eventualmente transfusión

6.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Debe entenderse como hemorragia obstétrica la pérdida sanguínea anormal en el embarazo, parto o puerperio, proveniente de los genitales maternos internos o externos. La hemorragia obstétrica es un tema prioritario a escala mundial y en nuestro país tiene especial relevancia por ser la segunda causa de muertes maternas, solo después de la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.

La relevancia mundial del tema es tal que en 1995 la organización mundial de la salud estableció los retos del milenio donde se pretende mejorar las condiciones de salud en el mundo. En su 5to objetivo se establece la disminución internacional de las muertes maternas para reducir la diferencia de riesgos de muertes materna de 69 por cada 100,000 recién nacidos vivos, en los países del norte de África a 16 por cada 100000 recién nacidos vivos como en los países del norte de Europa; para México el cociente (ratio) de muerte materna, para el 2013 fue de 49 por cada 100,000 recién nacidos vivos.

Las consecuencias de la hemorragia obstétrica no solo involucran a la mujer que la presenta si no, en muchas ocasiones, al producto de la concepción, su familia, su entorno social y a la unidad o institución médica que la asiste. De esta manera se puede afirmar que tiene impacto y trascendencia en toda la economía del país; de ahí que se considere como un problema de salud pública nacional. Su diagnóstico preciso y su tratamiento adecuado pueden prevenir muchas muertes maternas, por lo que se requiere de una estrategia nacional sobre muerte materna.

La hemorragia obstétrica es solo una de las conclusiones de un proceso fisiopatológico que inicio tiempo antes, por lo tanto, la calidad de su atención debe incluir calidad en los servicios de atención para todas las mujeres embarazadas, desde el control preconcepcional hasta terminado el puerperio.

Para reducir el impacto de la hemorragia obstétrica en los índices de morbilidad y mortalidad materna e infantil en nuestro país debemos enfocarnos en la prevención,

en el diagnóstico temprano y en el acceso de todas las pacientes en los servicios de salud.

La mejor práctica médica consiste en prevenir la enfermedad. El énfasis en un control prenatal adecuado, identificando y corrigiendo factores de riesgo como anemia, deficiencia nutricional, etc. Siempre será el primer paso para prevenir algunos casos de hemorragias obstétricas. Los esfuerzos en tener obstetras deben ser iguales para con el personal de enfermería, paramédico y de servidores de salud (parteras). Todo este personal de salud debe estar coordinado y estar capacitado con “prácticas” y simulacros con el fin de estandarizar protocolos y formas de comunicación. Además, debe asegurarse el buen funcionamiento de las herramientas y materiales disponibles para la atención de la hemorragia obstétrica en los hospitales.

6.1 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Debe tenerse en mente desde el control prenatal identificando factores de riesgo no corregibles, pero, además, aprovechando los protocolos de diagnóstico y tratamiento ya existente para adecuarlos, corregirlos o aumentarlos según las condiciones y necesidades de cada clínica. Los protocolos de tratamiento básico de la hemorragia obstétrica se encuentran ya en todos los hospitales de segundo y tercer nivel, pero deben llegar a todos los hospitales, centros de salud y clínicas comunitarias del país. Estos protocolos no deben ser solo en caja roja o un diagrama de flujo, deben ser un esquema metódico, práctico y continuo que incluyan la capacitación continua de médicos, paramédicos y enfermeras, con simulacros programados. Los simulacros permiten identificar las fortalezas y debilidades de los protocolos, permiten establecer políticas y procedimientos alternativos ante situaciones no previstas, en el esquema inicial y así mejorar la eficacia del tratamiento brindado por el equipo de salud.

6.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Desafortunadamente, en nuestro país, la lejanía de algunas comunidades rurales y la difícil comunicación con centros de salud mejor provistos de personal capacitado, material y equipo, hacen que muchos casos de hemorragia obstétrica no puedan ser atendidos en las mejores condiciones. Estos se correlacionan directamente con mayores índices de morbilidad y mortalidad perinatales.

6.3 MEDIDA DE PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA OBSTETRICA

Las calidades en la atención de las hemorragias obstétricas incluyen aspectos que deben definirse desde tres diferentes perspectivas:

1. La del ginecobstetra que tiene el primer contacto con la paciente.
2. La de la estandarización y protocolización de los procesos de atención de una paciente con hemorragia obstétrica.
3. La de la capacidad instalada que debe de tener una unidad de atención obstétrica para recibir una paciente con hemorragia obstétrica y los insumos propios para su atención tanto en calidad como en cantidad.

Dentro del marco proveído por las tres perspectivas mencionadas se deben realizar los factores de riesgo y las medidas tomadas, por las instituciones gubernamentales y privadas, para la atención de todas las pacientes obstétricas.

En nuestro medio de todas las pacientes con hemorragias obstétricas solo se conoce algún factor de riesgo en 40% de los casos. Estos factores de riesgo pueden clasificarse como prenatales, propios del evento obstétrico o del puerperio.

Los factores prenatales de riesgo son:

- ❖ Edad materna años.
- ❖ Ednia.
- ❖ Obesidad (índice de masa corporal $\geq 35 \text{ kg/m}^2$).

- ❖ Multiparidad.
- ❖ Anemia < 9 gr/dL.
- ❖ Antecedentes de hemorragia obstétrica en un embarazo previo.
- ❖ Tabaquismo materno.
- ❖ Enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes mellitus II, hipertensión arterial sistemática crónica, enfermedades del tejido conectivo, etc.
- ❖ Coagulopatias.
- ❖ Embarazo múltiple.
- ❖ Preclamsia.
- ❖ Anormalidades de la inserción e implantación placentaria, como placenta acreta o placenta previa.
- ❖ Hipertensión del embarazo.
- ❖ Macrostomia fetal.
- ❖ Polihidramnios.
- ❖ Miomatosis uterina.
- ❖ Malformaciones uterinas.
- ❖ Pacientes con anticoagulación.

Los factores de riesgo durante el evento obstétrico son:

- ❖ Presentación fetal compuesta.
- ❖ Retención de placenta.
- ❖ Falta en el progreso de trabajo de parto.
- ❖ Desprendimiento prematuro de placenta.
- ❖ Laceraciones del canal de parto.
- ❖ Parto instrumentado.
- ❖ Embarazo posttermino o pretérmino.
- ❖ Inducción de trabajo de parto.
- ❖ Administración de oxitócica.
- ❖ Cesáreas de emergencia.
- ❖ Embarazo ectópico.

- ❖ Episiotomía media lateral.
- ❖ Trabajo de parto prolongado (12 horas)
- ❖ Parto precipitado.
- ❖ Uso de analgésicos halogenados.
- ❖ Atonía uterina.
- ❖ Inversión uterina.
- ❖ Rotura uterina.
- ❖ Laceración cervical.
- ❖ Embolia de líquido amniótico (coagulación intravascular diseminada).
- ❖ Cordón corto o brevedad de cordón.
- ❖ Uso de agentes tocolíticos.
- ❖ Corioamnionitis.
- ❖ Anestesia general.
- ❖ Aborto.
- ❖ Uso de sulfato de magnesio.

El principal factor de riesgo durante el puerperio es:

- ❖ Subinvolución de lecho placentario.

No hay manera de prevenir correctamente la hemorragia obstétrica de forma individual, por ello hay que pensar en medidas universales de prevención, para todas las pacientes embarazadas y en todas las unidades (gubernamentales o privadas) en las que se atienden.

El tratamiento profiláctico de la hemorragia obstétrica incluye, durante el tercer periodo de trabajo de parto, la aplicación de 10 unidades de oxitócica intravenosa inmediatamente después de la salida del hombro anterior del producto, con lo cual se reduce 68% de riesgo de hemorragia obstétrica.

La intervención (diagnóstico y tratamiento oportuno) durante los primeros minutos de la hemorragia obstétrica evita entre 80 y 90% de la morbilidad y la mortalidad materna, por ello es indispensable la capacitación continua del personal médico y de enfermería; así como contar con la infraestructura e insumos necesarios.

Para el diagnóstico se ha implementado de manera universal, por los diferentes colegios y asociaciones obstétricas, una nemotecnia que se aplica al inicio de la hemorragia obstétrica y con la que se logran el diagnóstico sistemático y el tratamiento oportuno disminuyendo la morbilidad y la mortalidad hasta en 90% de los casos.

6.4 LA NEMOTECNIA DE LAS 4 “T”

- ❖ Tono (70%): falla del útero en contraerse después de la expulsión de la placenta.
- ❖ Traumatismo (20%): laceración del tracto genital o hematomas.
- ❖ Tejido (9%): retención del tejido placentario o coágulos dentro de la cavidad uterina.
- ❖ Trombina (1%): alteraciones en el sistema de coagulación o coagulopatía.

6.5 MEDIDAS UNIVERSALES

Las medidas universales que deben ser instauradas en todas las unidades médicas, ya sean públicas o privadas, donde se atiendan eventos obstétricos con las siguientes:

1. Los eventos obstétricos deben ser atendidos por personal capacitado, ya sea parteras capacitadas, médicos generales o médicos especialistas, así como personal de enfermería capacitado.
2. La institución debe contar con las siguientes áreas:
 - a. Área de labor o de trabajo de parto.
 - b. Sala de expulsión (equipada con mesa de expulsión, carro de anestesia, mesa de mayo, banco giratorio, lámpara de luz fija y portátil, cuna termina e instrumental completo, adecuado y en buen estado):
 - c. Sala de cirugía general equipada.

- d. Sala de recuperación.
- e. Disponibilidad de hemoderivados (de acuerdo con la normatividad local).
- f. Disponibilidades de soluciones (cristaloides y coloides).
- g. Disponibilidad de oxitócicos (incluyendo carbetocina).
- h. Ambulancia de traslado.
- i. Los hospitales de segundo y tercer niveles deben contar con unidad de terapia intensiva.

Las medidas implementadas por la secretaria de salud en México y en algunas otras de manera independiente por algunos estados, son:

- 3. Atención universal de la emergencia obstétrica: significa que todas las unidades médicas públicas o privadas, tienen la obligación de brindar atención a las pacientes con alguna emergencia obstétrica en todo el territorio nacional.
- 4. Implementación de equipos hospitalarios de respuesta rápida: grupo de médicos capacitados para la atención de cualquier emergencia obstétrica que incluyan ginecobstetra, cirujano, anestesiólogo, jefe de laboratorio, jefe de banco de sangre y jefa de enfermería. El objetivo de este equipo es facilitar la atención quirúrgica y el tratamiento inmediato de la hemorragia obstétrica (incluyendo laboratorio y banco de sangre).
- 5. Distribución de “mochilas guindas”: equipadas con los insumos para el tratamiento inicial de la hemorragia obstétrica (carbetocina). Estas mochilas se distribuyen en todas las unidades médicas, públicas y privadas, donde se atienden eventos obstétricos.
- 6. Distribución de cajas rojas: cajas equipas con los insumos necesarios para la atención de la paciente con preclamsia severa o eclampsia (hidralacina iv).
- 7. Sistema de ambulancias para el traslado de pacientes con emergencia obstétricas a donde se encuentre con todos los servicios o llevar algunos insumos o servicios al sitio de atención dela emergencia obstétrica (por ejemplo, los hemoderivados).

8. Red comunitaria de traslados: en comunidades donde no hay ambulancias para traslados ha organizado a la población local con la capacidad e ayudar con el traslado de pacientes a un hospital o clínica más cercano proporcionándoles insumos para su vehículo.
9. Equipo quirúrgico: grupo médico que puede acudir par aun evento quirúrgico.
10. Medico de traslado.
11. Alta tecnología en la unidad de traslado.
12. Comunicación con los hospitales con capacidad de resolución de una emergencia obstétrica.
13. Curso teórico-práctico de ligadura de arteria hipogástrica a todos los médicos que trabajen en instituciones públicas con atención obstétrica (ofrecer el curso en unidades privadas).
14. Curso de soporte vital avanzado en obstetricia (ALSO).
15. Madrinas obstetricias: mujeres de la comunidad con conocimientos básicos en obstetricia que asesora a las pacientes sobre su control prenatal y la ayudan a detectar las alteraciones.
16. Vigilancia epidemiológica (comité de muerte materna): comité de mortalidad materna que debe incluir representantes de las diferentes instituciones públicas, privadas y colegios médicos, donde se analizan las muertes maternas y se emiten recomendaciones para evitar un caso similar.
17. Difundir el listado de hospitales con infraestructura para la atención de emergencias obstétricas.
18. Anticoncepción después del evento obstétrico.
19. Apoyo psicológico a las pacientes con pérdidas gestiónales para el espaciamiento del siguiente embarazo.

6.6 MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA LA ATENCIÓN DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS.

- a) Masaje uterino: consiste en un masaje manual sobre el fondo uterino, ya sea directo en una cesaría o sobre la pared abdominal en caso de parto. En

ciertas circunstancias, si es posible, puede forzarse la tensión uterina a través de una exploración bimanual: la mano que se encuentra colocada en vagina con el puño cerrado ejerce una presión hacia arriba y la otra mano sobre el fondo uterino hace una tracción del mismo hacia las sínfisis del pubis, lo que genera una flexión exagerada del segmento uterino bloqueando la irrigación de las arterias uterinas.

- b) Revisión de la cavidad: ante cualquier hemorragia procedente de la cavidad endometrial después del alumbramiento se debe realizar una revisión de la misma, ya sea manual o instrumentada, dado el riesgo de retención de restos placentarios.
- c) Empaquetamiento: se realiza de manera convencional con compresas, pero, si hay disponibilidad se pueden utilizar diferentes tipos de dispositivo y balones de compresión intrauterino como los balones de Bakri o de EBB. El empaquetamiento con compresas consiste en la colocación de compresas atadas por un extremo (para evitar que una de ellas vaya a quedar inadvertidamente dentro de la cavidad uterina), húmedas o cubiertas con gel, que se colocan dentro de la cavidad endometrial hasta dejarla completamente llena. Su retiro debe hacerse entre 24 y 48 horas, después de manera sutil para no remover el coagulo del lecho placentario. Las sondas o balones consisten en la colocación de un globo de plástico o silicón dentro de la cavidad uterina, se llena con 500 a 800 mL de solución para ejercer una presión de adentro hacia afuera y así detener el sangrado. Los balones tienen 4 ventajas principales sobre las compresas: son más difíciles de colocar; la cantidad de solución con la que se llena el globo es regulable; la salida se controla mediante la extracción gradual de la solución gradual contenida en el globo y, como el coagulo no se adhiere al balón, al retirar el balón se reduce el riesgo de nuevo sangrado.
- d) Soluciones: se debe realizar una destitución del volumen, inicialmente con cristaloides en razón de 3:1. Particularmente en mujeres con antecedentes de trabajo de parto prolongado debe cuidarse la suplementación con calcio para permitir la restitución de la fisiología contráctil uterina. De acuerdo con

el volumen perdido se complementará con expansores de plasma y si aún fuese necesario, con hemoderivados.

e) Uso de uterotónicos:

- ❖ Oxitocina.
- ❖ Ergometría.
- ❖ Carbetocina.
- ❖ Misoprostol.

Las maniobras descritas pueden ayudar a detener la hemorragia en curso, pero, si no logra inhibirla, permitirá al médico detener el sangrado activo y ganar tiempo para recibir el apoyo de personal médico de mayor experiencia, que los recursos necesarios lleguen a la sala donde se está atendiendo el evento o, en caso de ser necesario, para que se lleve a cabo el traslado de la paciente al lugar adecuado para su tratamiento. La recomendación general será siempre el empleo de las técnicas conservadoras, aunadas o no al deseo de conservar la fertilidad. Únicamente en caso necesario se realizará una cirugía dejando documentado el empleo de técnicas conservadoras previamente. (Resendiz, Henales Almaraz, & Rosales Ortiz, 2017)

6.7 CIRUGÍAS

Existe una relación directamente proporcional entre el tiempo en que se toma la decisión de la cirugía, el tiempo que tarda en realizarse el procedimiento o el retaso por no contar con el material necesario y la velocidad de deterioro de la condición de la paciente, así como el incremento en el riesgo de complicaciones. Por tal motivo la realización de cualquiera de los siguientes procedimientos debe hacerla personal con el entrenamiento y la experiencia necesarios; no debe intentarse si no se cuenta con el equipo adecuado.

6.8 CIRUGÍAS PARA LA DISMINUCION DE FLUJO

Se considera procedimientos conservadores dado que se pretende conservar el útero. El objetivo es la disminución de flujo circulante hacia el útero para controlar la hemorragia o para que, en caso de tener que remover el útero, el sangrado sea menor. Existen 2 tipos:

- a) Ligadura de arterias hipogástricas: descritas en 1894 por Howard Kelly la ligadura de la arteria hipogástrica deberá realizarse 2c por debajo de la bifurcación de las iliacas internas y externas. El éxito de este procedimiento es cercano a 96%.
- b) Desarteriarizacion uterina (ligadura de las arterias uterinas): el procedimiento original fue descrito por O'Leary en 1966. De esta técnica se han originado variantes en las que se ligan la arteria uterina en diferentes niveles, incluyendo la ligadura de la arteria de Samsung (ligamento redondo), de la arteria tubarica interna, la triple ligadura de waters o la modificada por Tsirulnikov. En general, el éxito reportado de este tipo de procedimiento es de 94.7%.

6.9 CIRUGÍAS COMPRESIVAS

Consisten en compresión, mediante puntos transfixivos, sobre diferentes sitios del miometrio. Existen diferentes tipos:

- a) Jo-cho
- b) B-Lynch
- c) Hayman-arulkumaran.
- d) Marashinge
- e) Compresivos en "U"
- f) Suturas compresivas del segmento inferior
- g) Venda de Eshmarch

6.10 HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

Por mucho tiempo fue la técnica más empleada ante una hemorragia obstétrica tanto total como subtotal. La frecuencia en su uso ha disminuido con el advenimiento de técnicas conservadoras y estudios en los que se evaluó la calidad de vida de las mujeres después de una histerectomía, misma que se vio afectada más de la mitad de los parámetros evaluados a los 6 meses y al año. Además, se le ha asociado con un mayor número de complicaciones debido al momento de la toma de la decisión para realizarla: precipitada o muy retardada. Lo recomendado antes un evento hemorrágico es primero disminuir el flujo al útero y solo en el caso en que no se logre inhibir la hemorragia se realizara histerectomia. (Montoya García & Michel Vergara, 2017)

6.11 EMBOLIZACIÓN ARTERIAL

Es un procedimiento intervencionista de imagen que consiste en practicar cateterismo de las arterias uterinas a través de una punción femoral de cada lado. Una vez en la arteria uterina se inyecta un polímero (espongostan) que ocluye la circulación. La embolización está indicada en pacientes con riesgo de sangrado como la placenta previa en cualquiera de sus variantes o en la placenta acreta.

6.12 EL MÉDICO Y LOS ESTANDARES DE CALIDAD

Ante la universalización de los servicios de atención a la salud los estándares de calidad deben prevalecer, aun en los pacientes que se atienden de emergencia. En nuestro país el apego al tratamiento se establece por medio de las vías de práctica clínica coordinadas a través de la secretaria de salud por el centro nacional de excelencia tecnológica de salud. Es responsabilidad de cada unidad de atención y de cada institución la capacitación continua de todo su personal y de tener los equipos de respuesta inmediata actualizados en sus funciones respectivas.

7.- LA ADAPTACIÓN MATERNA A LA HEMORAGIA

Durante el embarazo ocurren cambios en el aparato cardiovascular como el incremento del volumen sanguíneo, la frecuencia cardíaca, el volumen sistólico y el gasto cardíaco, así como la disminución de las resistencias vasculares sintéticas y pulmonares, por no mencionar los cambios en la hematología materna; todo esto con el objetivo de satisfacer las demandas feto placentarias y de preparar el cuerpo materno para la “descompensación hemodinámica” inherente al parto y al puerperio. (Guadarrama Sánchez & León Martínez, 2017)

Al finalizar el tercer trimestre del espacio intervilloso placentario filtra un volumen placentario filtra un volumen aproximado de 600 ml por minuto que fluye por aproximadamente 120 arterias espirales que tiene un sistema de baja presión debido a que no poseen una capa muscular que le den resistencia suficiente. Este flujo sanguíneo uteroplacentario aumenta de manera progresiva durante el embarazo y depende del flujo uterino que, en ausencia de gestación, es de aprox. 50ml por minuto. Además la remodelación de las venas uterinas, comprende una disminución en el contenido de elastina y de la densidad de nervios adrenérgicos, lo que incrementa el calibre venoso y la distensibilidad; todo ello necesario para alojar el aumento uteroplacentario y para proveer también las demandas fetales.

Durante el proceso de expulsión placentaria o alumbramiento las arterias espirales muestran avulsión y la hemostasia primaria se logra por contracción del miometrio, que comprime todos estos vasos relativamente gruesos. Después de las contracciones ya se produce cierta obstrucción en el calibre interior de los vasos.

Existen factores que alteran este sistema de respuesta como atonía uterina, laceraciones uterinas, o cualquier otra circunstancia que modifique la ruptura adecuada de las hemostasias grávida y puerperal. (Guadarrama Sánchez & León Martínez, 2017)

7.1 UTERO AL FINAL DEL EMBARAZO

En la gestación la musculatura uterina está dispuesta en 3 capas:

- ❖ La capa externa parecida a un capuchón que se arquea sobre el fondo y se extiende en los diversos ligamentos.
- ❖ La capa media está formada por una red densa de fibras musculares perforadas en todas direcciones por vasos sanguíneos.
- ❖ La capa interna con fibras semejantes a esfínteres alrededor de los orificios de las trompas de Falopio y del orificio interno del cuello uterino.

La mayor parte la pared uterina la forma la capa media, cada célula de esta capa tiene una curva doble, por lo que el enlazado de dos fibras cualesquiera produce una forma parecida a un ocho. Esta disposición es muy importante ya que cuando las células se contraen, después del parto constriñen los vasos sanguíneos penetrantes y así actúan como ligaduras. La hemorragia abrupta por alteraciones en este sistema hemostático primario de contracción puede llevar a un estado de choque en el que se compromete la perfusión tisular; lo que causa hipoxia celular y disfunción de órganos vitales. Es un desorden sistémico en el que la perfusión es insuficiente también para satisfacer las demandas metabólicas de los tejidos y que puede conducir a daño irreversible o muerte.

7.2 VOLUMEN SANGUÍNEO

El volumen sanguíneo de la embarazada se incrementa de 25 a 52% al final del embarazo, de 45 a 50% a expensas del plasma y 20% solamente de masa eritrocitaria, fenómeno que alcanza su máximo alrededor de la semana 32. Este desproporcionado incremento en el volumen plasmático explica en parte la hemodilución o anemia fisiológica del embarazo, así como la disminución en la

presión coloidosmótica y el incremento del gasto cardíaco. La eritropoyesis es secundaria al incremento de la progesterona y de otras hormonas placentarias.

Las concentraciones elevadas de estrógeno y progesterona aumentan la aldosterona plasmática que a su vez incrementa la actividad de retina; esto promueve una retención de sodio con incremento en el agua total, una especie de hiperbolemia del embarazo. Entonces, al final del embarazo el volumen sanguíneo se incrementa en 1 a 1.5 litros, las concentraciones de sodio suben a 950mEq/L y el volumen de agua corporal total es de 6 a 8 litros, cuatro de los cuales se encuentran en el espacio extracelular. Toda esta expansión de volumen sanguíneo y extracelular se requiere para una óptima circulación uteroplacentario.

7.3 COAGULACIÓN

La hemostasia es vital para prevenir pérdidas mayores de sangre ya se cierran los sitios de lesión en el sistema vascular; de cualquier manera, debe ser controlada para prevenir la coagulación de la sangre en la vasculatura y que esto restrinja el flujo anormal de sangre. El aumento en la concentración plasmática materna de eritropoyetina a partir de la semana 20 ocasiona cierta hiperplasia eritroide en la médula ósea por lo que el recuento de reticulocitos tiende a elevarse; la concentración de hemoglobina y el hematocrito disminuyen por dilución (por el incremento del plasma quedando la primera en 12.5g/100 ml (en promedio); concentraciones menores a 11.0g/100ml deben de considerarse anormales al final del embarazo.

Por otro lado, el número de plaquetas cae tanto por la hemodilución como por el consumo incrementado en la unidad uteroplacentaria. En contraste las concentraciones de muchos factores de coagulación, se incrementan durante el embarazo, incluyendo los factores von Willebrand, VII, VIII, IX y el fibrinógeno. Otros, como los factores XII y V, se mantienen sin cambios. Los inhibidores naturales de la coagulación, como la proteína S, disminuyen en el sistema fibrinolítico es influenciado negativamente por los aumentos de inhibidor de

plasminógeno activo y de inhibidor de fibrinólisis de trombina activable. En general, estos cambios resultan en un estado de hipercuagulabilidad e hipofibrinólisis, el cual es protector contra la pérdida excesiva de sangre durante el parto pero deja a las mujeres embarazadas más expuestas a eventos tromboembólicos. Las concentraciones de fibrinógeno aumentan significativamente desde la semana 28 (al doble que en las no embarazadas) y se siguen elevando hasta los primeros días y después del parto. El aumento de fibrinógeno probablemente sea causado por el incremento en su síntesis debido a cambios hormonales, particularmente elevadas concentraciones de estrógeno.

También los valores de dímero D aumentan progresivamente durante el embarazo, alcanzando su máximo el primer día después del parto y disminuyendo a partir de este momento. Dicho aumento se produce un incremento simultáneo de fibrinógeno circulante y de otros factores procoagulantes a pesar de la hipofibrinólisis el exceso de depósitos de fibrina provoca el incremento del plasminógeno tisular y de dímero D.

A pesar de todas estas alteraciones hemostáticas en el embarazo, estudios de laboratorios muestran que prácticamente no hay cambios o solo una ligera disminución en los tiempos de tromboplastina parcial activada, tiempos de protrombina y del índice normalizado; todos estos permanecen dentro de los límites de referencia de las mujeres no embarazadas. Todos estos cambios hemostáticos de hipercuagulabilidad contribuyen a la preparación fisiológica del parto y a la prevención de pérdidas excesivas de sangre después del mismo.

7.4 PRESIÓN SANGUÍNEA Y RESISTENCIAS VASCULARES

Tanto la presión arterial sistólica como la diastólica disminuyen hacia la mitad del embarazo, pero experimentan una recuperación gradual a los valores de las no embarazadas para el tercer trimestre, la diastólica disminuye más que la sistólica, hecho atribuible a la disminución en las resistencias vasculares periféricas, el sistema renina-angiotensina-aldosterona juega un papel importante en el control de la

tensión arterial mediante el equilibrio del sodio y del agua. La renina que se produce en los riñones maternos también lo hace en la placenta y tanto el hígado materno como el fetal producen mayores cantidades de angiotensinógeno por actuación de los estrógenos del embarazo. Existen además una reactividad bascular a la angiotensina II durante la gestación que al parecer esta vincula con la progesterona. Estas hormonas aumentan normalmente en el embarazo. Otros factores que contribuyen a la disminución de las resistencias vasculares sistémicas es la cama vascular placentaria que actúa como un sistema de baja resistencia perfundido por una gran porción de lo que le correspondería al gasto cardíaco materno. Las venas uterinas incrementan de manera importante en calibre número y su resistencia disminuye durante el estado grávido.

El flujo sanguíneo venoso en las piernas se retrasa durante el embarazo, excepto en la posición de decúbito lateral, por la oclusión de las venas pélvicas y la vena cava inferior debido al incremento del útero, la compresión de los grandes vasos causa la denominada hipotensión supina del embarazo.

Los péptidos natriureticos cardiacos, las prostaglandinas, endotelinas y óxido nítrico que se liberan en el embarazo juegan un papel importante al modular la resistencia endotelial en la vasculatura sistémica.

7.5 FRECUENCIA CARDIACA

La frecuencia cardiaca empieza a elevarse después de las 12 semanas de gestación, esta alcanza y se mantiene hasta 20 % por encima de los valores basales por las 32 semanas. La taquicardia materna puede ser secundaria a la adaptación del corazón a la precarga, así como también a concentraciones séricas elevadas de tiroxina libre.

7.6 GASTO CARDIACO Y VOLUMEN SISTÓLICO

El gasto cardiaco materno se incrementa entre un 30 y 50% durante todo el proceso gestacional. Esto comienza a partir de la décima semana y tiene su pico máximo al finalizar el segundo trimestre.

Este incremento en el gasto cardiaco durante el embarazo es el resultado de un incremento en la frecuencia cardiaca y en el volumen sistólico. En la primera mitad del embarazo el volumen sistólico se eleva principalmente ya que la circulación uteroplacentaria actúa como un cortocircuito arteriovenoso que incrementa la precarga cardiaca y en el volumen sistólico. En la primera mitad del embarazo del volumen sistólico se eleva primariamente ya que la circulación uteroplacentaria actúa como un cortocircuito arteriovenoso que incrementa la precarga cardiaca. Al final de la gestación el gasto cardiaco esta elevado por la taquicardia materna. La presión de llenado ventricular podría desplazarse a la derecha por los cambios hormonales que se hace en el corazón (aumento miocitario cardiaco) favoreciendo el llenado diastólico.

El retorno venoso y la aorta pueden estar comprimidos en etapas avanzadas de la gestación, con lo que el llenado cardiaco podrían reducirse y bajar el gasto cuando la mujer se encuentra en posición supina; si se coloca en decúbito lateral izquierdo este se incrementa a 1.2 L/minuto (casi 20% más).

La saturación fetal de oxigeno es casi del 10% más alta cuando la paciente en trabajo de parto se encuentra en decúbito lateral en comparación con la posición supina. El gasto cardiaco se incrementa aún más en los embarazos gemelares, el diámetro de las cámaras izquierdas del corazón también incrementan su tamaño gracias a la precarga. Durante la primera etapa del trabajo de parto el gasto cardiaco tiene un incremento moderado, mismo que aumenta durante la segunda etapa del trabajo del parto gracias a los esfuerzos de la paciente para la expulsión.

7.7 CAMBIOS POSTURALES Y HEMODINÁMICA MATERNA

El flujo sanguíneo se incrementa de aproximadamente 50 ml/min antes del embarazo hasta 500 ml/ minuto al final de este, lo que representa un cambio en el gasto cardiaco sistémico de 2% (normalmente) a 18% durante el tercer trimestre. La embarazada tiene tendencia a estancamiento venoso, hipotensión acentuada y riesgo de síncope al cambio súbitamente de posición. El síndrome de hipotensión supina se manifiesta como mareo, palidez, taquicardia, sudoración y náuseas que se experimentan al estar recostada sobre la espalda; por ejemplo durante la consulta al realizar un ultrasonido abdominal en el tercer trimestre. El útero aumentado de tamaño comprime la aorta descendente y la vena cava inferior lo que da como resultado una acumulación sanguínea en las piernas y un decremento en el retorno venoso al corazón con falla en el gesto cardiaco e hipotensión. La hemodinámica fetal puede también comprometerse por decremento de la perfusión uteroplacentaria, el retorno mejora colocando a la paciente de lado y alivia sus síntomas.

7.8 CAMBIOS RESPIRATORIOS

Los cambios hormonales del embarazo afectan a las vías respiratorias altas y bajas, los pulmones experimentan cambios estructurales y funcionales significativos para un mejor intercambio de gases tanto en la madre como en el feto en diferentes situaciones. En las vías aéreas altas los estrógenos son responsable de producir fragilidad capilar e hiperplasia de las glándulas, por lo que la mucosa nasofaríngea se torna hiper hemica, edematosa y friable, lo que causa hipersecreción y epistaxis.

El desplazamiento diafragmático de cerca de 4 cm hacia arriba por el útero en crecimiento ocasiona cambios en la función pulmonar, el progresivo decremento en la capacidad funcional residual (de 10 a 20% al final del embarazo); también el volumen residual puede disminuirse así como el volumen de reserva espiratoria, el incremento en la circunferencia de la caja torácica (para compensar la elevación del

diafragma) ocasiona que la capacidad pulmonar total no se reduzca en grado significativo. La función pulmonar aumenta durante el embarazo. La progesterona impulsa al centro respiratorio para que aumente el volumen corriente durante el embarazo. La progesterona impulsa al centro respiratorio para que aumente el volumen corriente entre 30 y 40%, el resultado es una alcalosis respiratoria compensada.

La cantidad de oxígeno que llega a los pulmones con el aumento de volumen de ventilación pulmonar excede un tanto las necesidades reales del embarazo, la cantidad total de hemoglobina y la capacidad transportadora de oxígeno aumentan entonces. El consumo de oxígeno aumenta cerca de 20% durante el embarazo y durante el trabajo de parto se incrementa de 40 a 60%. Una reserva pulmonar significativa protege a la mujer embarazada y a su feto en caso de que aparezcan requerimientos adicionales, como en el caso de una hemorragia imprevista.

7.9 CAMBIOS HEMODINÁMICOS DURANTE EL PARTO

La respuesta cardiovascular materna puede ser modificada por contracciones uterinas, dolor, parto, analgesia, cirugía y pérdida sanguínea durante el parto. Las contracciones uterinas aumentan el gasto cardíaco durante las diferentes fases del trabajo de parto. Cada contracción representa, aproximadamente, entre 300 y 500 ml de sangre, el regreso de sangre al torrente materno incrementa el retorno venoso aumentando el volumen sistólico. La magnitud del gasto cardíaco ganando durante la concentración es 11% menos cuando se aplica bloqueo peridural analgésico. Este concepto es importante en pacientes con algún tipo de cardiopatía que no tolerarían las fluctuaciones hemodinámicas durante el trabajo de parto.

Durante el parto vaginal se pierden de 500 a 750 ml de sangre y durante la cesárea 1000ml. Pero la hiperbolemia del embarazo permite a una mujer perder hasta 30% del volumen sanguíneo durante el parto sin decremento significativos en los valores del hematocrito en el puerperio. La diuresis posparto se incrementa y tiene sus picos entre el segundo y quinto día del puerperio, lo que representa una pérdida de peso

como de 3 kg en la primera semana. El gasto cardiaco materno se incrementa aproximadamente 30% por encima de los valores preparto en las primeras 24 horas posparto y se mantiene así hasta el segundo día de vida al incremento del volumen sistólico a pasar de la bradicardia materna. Hay regreso de volumen sanguíneo de las extremidades inferiores, de aproximadamente 1L, al finalizar el parto.

7.10 LECHO VASCULAR PLACENTARIO

La llamada cama desidual, que se forma durante la gestación y que consta en su origen de tejido sitotrofoblastico, juega también un papel importante cuando se trata de hemorragia obstétrica. Por ejemplo, en la adhesión placentaria (acreta, increta o percreta) que incluye cualquier implantación anormal al miometrio debido al desarrollo anómalo de la capa de Nitabuch y ausencia parcial o total de desidual basal; o como se ha propuesto últimamente por el incremento en la invasividad del sitotroblasto y alteraciones en la angiogénesis trofoblastica. Lo primero es más común en un miometrio con cicatrices como en el caso de cesáreas, legrados o miometomias; como sea, esto condiciona a una falta de separación entre los planos desiduales al miometrio quedando fijados a esta pared, prácticamente, algunos cotiledones placentarios, situación más evidente durante el proceso de alumbramiento placentario que trae consigo apertura de los vasos espirales que sangran profundamente alterando los mecanismos hemostáticos y hemodinámicos antes descritos y poniendo a las pacientes en riesgo de hemorragia obstétrica.

7.11 RESPUESTA SISTÉMICA A LA PERDIDA AGUDA DE SANGRE

El estado de choque es un síndrome que se define como una falla circulatoria aguda en la cual hay una disminución del flujo sanguíneo a órganos vitales debido a un gasto cardiaco inadecuado, con aporte deficiente de nutrientes celulares que también condicionan eliminación inadecuada de residuos celulares desde los tejidos. La primera respuesta a la pérdida de sangre es un intento de formar un

coagulo en el sitio de la hemorragia (como en el lecho placentario) o una contractilidad acelerada miometrial que ayuda a comprimir más los vasos uterinos como en la atonía. Si la pérdida sanguínea persiste se activan varoreceptores endoteliales que liberan catecolaminas, hormonas antidiuréticas y peptidonatriuretico auricular que responde a la pérdida de volumen por vasoconstricción de arteriales y vasomusculares, así como un aumento de la frecuencia cardíaca.

El objetivo de estos mecanismos compensadores es aumentar el gasto cardíaco y mantener la presión de perfusión. Cuando el gasto cardíaco cae de manera súbita, como en la hemorragia obstétrica, la hipotensión arterial produce hipoperfusión tisular que modifica la función metabólica celular; hay disfunción orgánica, manifestada clínicamente como holiuria o anuria, polipepnia para aumentar la ventilación como mecanismo compensador a la acidosis metabólica por la producción de dióxido de carbono. Se presentan síntomas neurológicos como ansiedad que puede estar relacionada con la liberación de catecolaminas y disminución leve en el flujo sanguíneo celular; aunque de persistir la hemorragia se puede llegar a ansiedad, confusión, letargia, estupor y coma.

Los mecanismos compensatorios eventualmente se van agotando si la pérdida continua, por lo que los flujos a la vasculatura esplacnica y renal disminuye llevando.

8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.

8.1 ¿QUÉ ES ENFERMERÍA?

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

8.2 ENFERMERÍA PERINATAL.

Campo del conocimiento comprende el estudio de la salud reproductiva, el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido, incorpora en este estudio el enfoque de riesgo y el uso de tecnología propias para el diagnóstico y tratamiento así como la resolución del embarazo de bajo riesgo y la referencia oportuna de los casos de alto riesgo. Analiza con un enfoque integral los problemas de salud de la mujer dentro del proceso reproductivo en su contexto cultural y familiar. Incorpora los conocimientos en el diseño y aplicación de intervenciones especializadas, prevención de defectos al nacimiento y discapacidad, contribuyendo a la disminución de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Así también integra la atención humanizada al nacimiento que repercute en la transformación de la práctica profesional en la atención del binomio con el más alto sentido ético.

8.3 INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA.

La práctica de la profesión enfermera debe basarse en sólidas evidencias científicas, en la experiencia profesional acumulada y en las preferencias del

paciente, como elementos básicos para la consecución de todas las metas que tiene planteada esta profesión. La enfermera debe asumir la necesidad de realizar todas las actuaciones profesionales necesarias encaminadas a mejorar la calidad y efectividad de los cuidados prestados a los usuarios, y para ello, además de utilizar la metodología enfermera de forma sistemática en todas sus intervenciones, debe utilizar un lenguaje y unos registros estandarizados que favorezcan la continuidad de las actuaciones y la eficacia del trabajo multidisciplinar.

Según Virginia Henderson son todos los cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación, realizando la función de individualización correspondiente a organizar un plan terapéutico. Es una actividad que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. La atención de enfermería constituye un proceso formal, mediante el cual se proporciona cuidado al ser humano sano o enfermo y a su familia. Incluye metodologías científicas y técnicas que sustentan la práctica cotidiana de la profesión. Es por eso que históricamente el conocimiento de enfermería se deriva de las ciencias físicas y de la conducta, de tal forma es considerada una profesión que tiene sus propias teorías, conceptos, tecnología, procesos y procedimientos contruidos con la participación de enfermeras.

El rol de una enfermera es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad está en espera de esta profesión, concentrando su atención en el cuidado de la vida humana, a través de las etapas en la cual el individuo se desenvuelve junto con su familia y comunidad. El proceso se aprende durante la formación escolar del profesional de enfermería, considerado como un primer momento en donde el alumno comienza a estructurar su pensamiento de manera sistemática, en torno al cuidado del ser humano que sufre por una enfermedad u otra circunstancia como la emocional. El segundo momento del proceso se da en el ámbito laboral en que se desempeña el profesional de enfermería, quien recurre a las diferentes metodologías para proporcionar el cuidado al ser humano sano o enfermo, independientemente del espacio en que se

encuentre la persona, dándose a través de su aplicación una relación interpersonal de paciente-profesional de enfermería.

Uno de los objetivos de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Y la salud es, definida por la OMS (1996) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones por enfermedades, así también la define como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto en el nivel micro (celular) como en el macro (social).

De los deberes de las enfermeras como profesionistas. Según lo establecido, se debe tener un conocimiento científico, asumir con responsabilidad los asuntos profesionales, ofrecer servicios de calidad avalados por una certificación periódica.

8.4 CAUSAS DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO.

- ❖ Aproximadamente en el 75% de los casos es debido a la atonía o hipotonía uterina.
- ❖ Desgarros en el canal del parto.
- ❖ Placenta o restos placentarios retenidos.
- ❖ Rotura uterina.
- ❖ Inversión del útero.
- ❖ Alteración de la coagulación.

8.5 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE UNA HEMORRAGIA

- ❖ Vigilar pérdidas de líquidos
- ❖ Mantener vía IV permeable y flujo de líquidos constantes para evitar la hipovolemia.
- ❖ Disponer de líquidos sanguíneos para la transfusión sanguínea si procede.
- ❖ Vigilar constantes vitales.
- ❖ Extracción de sangre para el control de coagulación.
- ❖ Administración IV de analgésicos para el dolor según pauta médica.

- ❖ Evaluar la eficacia de las medidas tomadas para controlar ese dolor.

8.6 ACTUACIONES SEGÚN SU ETIOLOGÍA

- ❖ Preparación de perfusión de fármacos uterotónicos para corregir la atonía uterina, ayudada de masajes manual del útero para la evacuación de coágulos.
- ❖ En caso de inversión uterina, detendríamos perfusión de fármacos uterotónicos si hubiese, se intentaría de forma manual la recolocación del útero. Si esto no fuera posible prepararíamos a la paciente para ser intervenida por laparoscopia.
- ❖ Se intenta la extracción manual de la placenta retenida si este fuese el caso. Si esto no fuese suficiente y quedara restos placentarios, prepararíamos a la paciente para un legrado.

8.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Con respecto a los cuidados de Enfermería, debemos realizar una valoración de la hemorragia dirigida a la detección de las posibles causas:

1) Atonía uterina

❖ Signos:

- Útero subinvolucionado y de consistencia blanda.
- Hemorragia continua y persistente con presencia de coágulos.

2) Retención de restos placentarios

❖ Signos:

- Dudas respecto a la integridad de la placenta y las membranas tras el parto.
- Hemorragia puerperal con presencia de coágulos.

3) Laceraciones cervicales/vaginales

❖ Signos:

- Útero firme.
- Presencia de una hemorragia persistente y de color rojo brillante.

4) Hematomas:

❖ Signos:

- Inspeccionar los genitales externos en busca de tumoraciones, equimosis o zonas dolorosas a la palpación, generalmente localizados en uno de los labios mayores.
- La presencia de dolor, que según la zona podrá estar localizado en el periné, las nalgas o la cavidad abdominal.
- El deseo de pujo o la dificultad para orinar.

5) Coagulopatías materna:

❖ Signos

- Alteraciones en la coagulación.

8.8 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POS PARTO

Manejo activo del alumbramiento.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. Se deberá descartar la

presencia de desgarros del cérvix, vagina, ruptura uterina. Estudios multicéntricos realizados en los últimos años y con los criterios de la medicina basada en la evidencia, recomienda el manejo activo del alumbramiento que consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia posparto.

8.9 PERSPECTIVA TEÓRICA Y APROXIMACIONES CONCEPTUALES.

En el estudio de lo que sucede con la enfermería en la sociedad actual, se debe enfatizar la relación causal de la práctica con la teoría, ésta se basa en aquella, que no tiene sentido si no se apoya en la teoría, es la profesión, como práctica de un saber, que se disciplina normativamente y se desarrolla por el propio ejercicio profesional.

Colliere, menciona que dentro de la profesión de la enfermera, debe haber una similitud entre la perspectiva de la profesión como declaración de fe o convicción o saber argumentado y, el ejercicio de una actividad profesional.

1) Desde el campo de la enfermería.

Virginia Henderson. Con todo lo establecido anteriormente, se ve la necesidad de recurrir a la teoría de Virginia Henderson, para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. Menciona 14 necesidades básicas, de tal forma que este estudio retomara las necesidades correspondientes para un conocimiento y lograr un buen manejo en el actuar de la enfermera en el área de tococirugía. Para uso didáctico se mencionan las 14 necesidades y posteriormente se retomaran las necesarias para el desarrollo del tema.

1º Respirar con normalidad

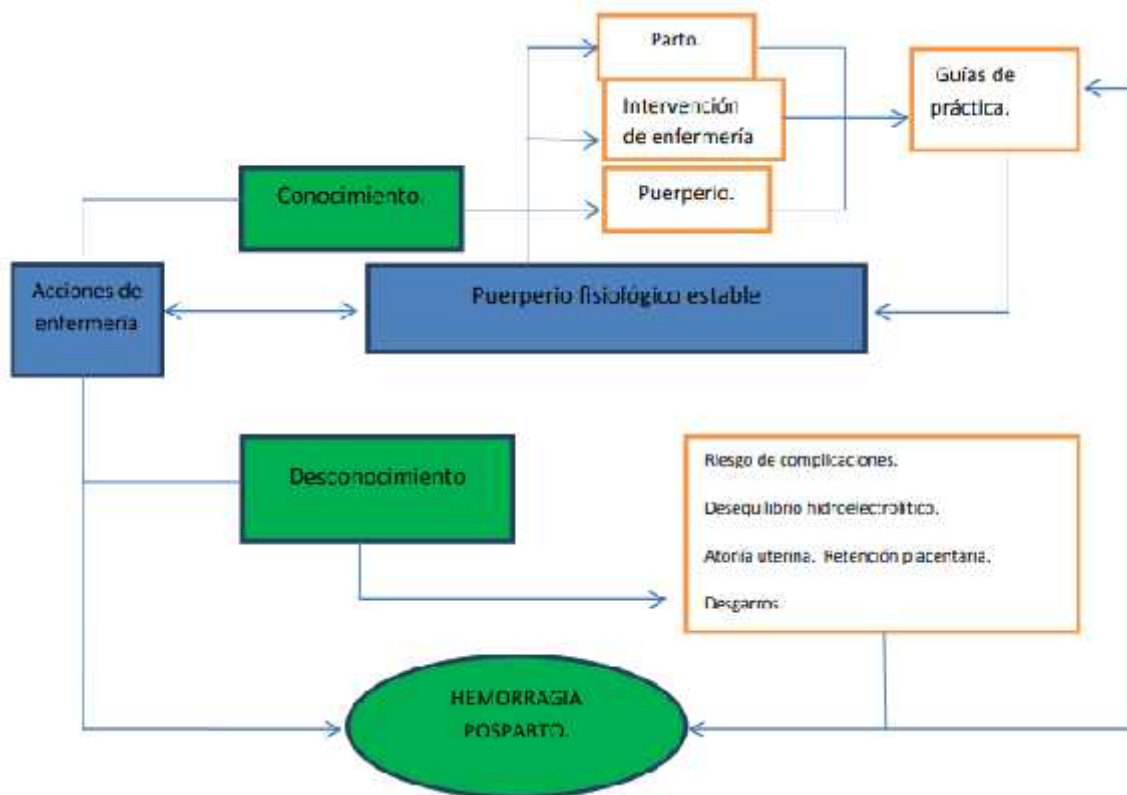
2º Comer y beber adecuadamente

- 3º Eliminar los desechos del organismo
- 4º Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- 5º Descansar y dormir
- 6º Seleccionar vestimenta adecuada
- 7º Mantener la temperatura corporal
- 8º. Mantener la higiene corporal
- 9º Evitar los peligros del entorno
- 10º Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- 11º Ejercer culto a Dios, acorde con la religión
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado
- 13º Participar en todas las formas de recreación y ocio
- 14º Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

De tal forma que retomaremos las necesidades 1, 7 y 9, las cuales son, I.- Función de respirar normalmente, pues en estados patológicos se modifican las necesidades básicas, marcados en trastornos de líquidos y electrolitos, incluidos los estados de inanición, vómitos, diarrea, disnea, etc. VII.- Función Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, en estados patológicos se modifican presentando, hipertermia, hipotermia, diaforesis, etc. IX.- Función de evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros, mantener en completa atención al individuo.

2) Propuesta de modelo teórico:

Los modelos de enfermería son una descripción simbólica, en términos lógicos, de la situación ideal y simplificada que muestra la estructura de la enfermería y dan dirección a la educación, la práctica y la investigación en enfermería. Evitar los peligros del entorno ante un evento de hemorragia posparto, de acuerdo a Virginia Henderson. Propuesta de modelo teórico, Conocimiento en las acciones de enfermería en pacientes con hemorragia obstétrica basado en el cuidado de Virginia Henderson



8.10 CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

Causas

La pérdida de aproximadamente una quinta parte o más del volumen normal de sangre en el cuerpo causa un *shock* hipovolémico.

La pérdida de sangre puede deberse a:

- ❖ Sangrado de las heridas
- ❖ Sangrado de otras lesiones

- ❖ Sangrado interno, como en el caso de una hemorragia del tracto gastrointestinal

La cantidad de sangre circulante en el cuerpo también puede disminuir cuando se pierde una gran cantidad de líquidos corporales por otras causas, lo cual puede deberse a:

- ❖ Quemaduras
- ❖ Diarrea
- ❖ Transpiración excesiva
- ❖ Vómitos

Síntomas

Los síntomas pueden incluir:

- ❖ Ansiedad o agitación
- ❖ Piel fría y pegajosa
- ❖ Confusión
- ❖ Disminución o ausencia de gasto urinario
- ❖ Debilidad general
- ❖ Piel de color pálido (palidez)
- ❖ Respiración rápida
- ❖ Sudoración, piel húmeda
- ❖ Pérdida del conocimiento

Cuanto mayor y más rápida sea la pérdida de sangre, más graves serán los síntomas del choque.

8.11 TRATAMIENTO DEL CHOQUE HIPOVOLEMICO

Tratamiento

Consiga ayuda médica de inmediato. Mientras tanto siga estos pasos:

- ❖ Mantenga a la persona caliente y cómoda (para evitar la hipotermia).

- ❖ Procure que la persona se acueste horizontalmente y que levante los pies unas 12 pulgadas (30 cm) para incrementar la circulación. Sin embargo, si la persona presenta alguna lesión en la cabeza, el cuello, la espalda o la pierna, no la cambie de posición, a menos que esté en peligro inmediato.
- ❖ No le administre líquidos por vía oral.
- ❖ Si la persona está teniendo alguna reacción alérgica, trate dicha reacción si sabe cómo hacerlo.
- ❖ Si hay que trasladar a la persona, trate de mantenerla acostada, la cabeza hacia abajo y los pies elevados. Estabilice la cabeza y el cuello antes de mover a una persona con sospecha de lesión en la columna.

El objetivo del tratamiento hospitalario es reponer los líquidos y la sangre. Se coloca una vía intravenosa en el brazo de la persona para permitir la administración de sangre o hemoderivados.

Medicamentos como dopamina, dobutamina, epinefrina y norepinefrina pueden ser necesarios para incrementar la presión arterial y la cantidad de sangre bombeada del corazón (gasto cardíaco).

Expectativas (pronóstico)

Los síntomas y desenlaces clínicos pueden variar, dependiendo de:

- ❖ La cantidad de volumen de sangre/líquido perdido
- ❖ La tasa de pérdida de sangre/líquido
- ❖ La enfermedad o lesión causante de la pérdida
- ❖ Afecciones crónicas subyacentes, como diabetes, enfermedad cardíaca, de los pulmones y del riñón

En general, las personas con grados de shock más leves tienden a tener un mejor pronóstico que aquellas con uno más grave. El shock hipovolémico grave puede llevar a la muerte, incluso con atención médica inmediata. Los adultos mayores tienen mayor probabilidad de tener desenlaces clínicos desalentadores a causa del shock.

Posibles complicaciones pueden incluir:

- ❖ Daño renal
- ❖ Daño cerebral
- ❖ Gangrena de brazos o piernas, que algunas veces lleva a la amputación
- ❖ Ataque cardíaco
- ❖ Daño a otros órganos
- ❖ Muerte

9.- CONCLUSIÓN

Al finalizar concluyo con que no existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva. Las principales razones que explican esta elevada incidencia son: la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento.

Las diferentes causas de hemorragia obstétrica son la atonía uterina, las anomalías de placentación, el desprendimiento de placenta, la rotura uterina, el trauma genital quirúrgico y los trastornos de coagulación.

La hemorragia obstétrica se presenta con más frecuencia en las edades entre 20 y 35 años. La atonía uterina sigue siendo la primera causa de hemorragia obstétrica. Las hemorragias obstétricas incluyen las hemorragias anteparto y posparto y son una causa mayor de morbimortalidad neonatal y materna.

El puerperio es el momento más crítico para la morbilidad materna extremadamente grave por hemorragia. La cantidad de sangre perdida suele subestimarse. Las pérdidas de sangre se calculan a partir de la evaluación de los signos clínicos de shock y la presencia de sufrimiento fetal o de muerte fetal in utero, indicadores de la magnitud de la pérdida sanguínea.

La hemorragia obstétrica es una urgencia que requiere un adecuado y oportuno accionar de un equipo multidisciplinario para el manejo del shock, así como la disponibilidad de hemoderivados. Si fracasan las medidas iniciales (oxitocina, alumbramiento artificial, revisión uterina, exploración del canal del parto), el tratamiento de las formas graves se basa en la reanimación activa (expansión del volumen plasmático, transfusión de sangre, agentes vasoactivos), las intervenciones hemostáticas (taponamiento intrauterino, procedimientos quirúrgicos, embolización arterial) y la corrección de la coagulopatía (administración de productos sanguíneos lábiles y de agentes hemostáticos).

Como resultado podemos dictaminar que las cuestiones ginecoobstetricas en la mujer ya sea por medio gestacional o sólo por medio rutinario para chequeo común son muy importantes así con esto podemos actualizar la información del expediente sobre la paciente, como también podemos retribuir a las necesidades en cuestiones de salud, esto mediante detección temprana de posibles hemorragias obstétricas, hemorragias vaginales, condiciones o factores anómalos a la salud, ya sea por estado gestacional, por el estado del embrión, por estado de la paciente o simplemente por necesidad de cautela.

No obstante Cabe mencionar que algunos factores anómalos pueden tener alguna similitud con el estado gestacional aún sin tener que estar embarazada, esto a causa de factores que podrían ser genéticos, genealógicos o por algún otro factor externó como alguna herida, algún golpe o alguna situación precaria etc.

También es importante hacer mención que Los estudios ginecológicos no solo son para las personas en estado gestacional, también se puede realizar en la adolescencia o incluso antes si es necesario para poder descartar enfermedades patológicas o lesiones que pudiesen ocasionar algún tipo de hemorragia, desprendimientos fetales, embarazos utópicos o ectópicos así como situaciones mortales.

Cómo se pudo observar en los resultados por parte de encuestas, existe un porcentaje considerable de mujeres que presentan una falta de conocimiento sobre los temas ginecológicos o de embarazo, en la actualidad el incremento de enfermedades patológicas de abortos o de muertes ya sea por parte del producto o de la misma paciente va en aumento.

Además que la encuesta que se muestran como resultados, fueron diseñadas para que involucren a otras mujeres de manera indirecta, por lo que no tenían acceso a esta encuesta, sobre el conocimiento de si existen o conocen embarazadas con falta de este conocimiento dando por hecho que la mayoría de las mujeres conocen a otras, dando muy altos porcentajes de otras personas que efectivamente desconocen o no tienen acceso a este tipo de información.

Es por ello que esta tesis está involucrada en el factor de cómo prevenir, cómo controlar, cómo demostrar o cómo enseñar y cómo actualizar todo este tipo de información ante la mujer o las futuras mujeres que están en camino a la planeación de un embarazo o que conlleven alguna sintomatología de este mismo o de otro factor personal.

10.- BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

- ❖ Guadarrama Sánchez, F. R., & León Martínez, Ó. (2017). *Adaptación Materna a la Hemorragia*. Ciudad de México: Nieto Editoriales.
- ❖ Montoya García, D., & Michel Vergara, J. A. (2017). *Histerectomía Obstétrica*. Ciudad de México: Nieto Editoriales.
- ❖ Resendiz, V. A., Henales Almaraz, J. G., & Rosales Ortiz, S. (2017). *Calidad de la atención Prenatal y su relación con la Hemorragia Obstetrica*. Ciudad de México: Nieto Editoriales.
- ❖ <https://studylib.es/doc/3652604/tesis-hemorragias-uterinas-del-tercer-trimestre-de-embara>.
- ❖ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GP_C_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf
- ❖ http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
- ❖ <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745498013.pdf>
- ❖ <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
- ❖ <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214329006.pdf>
- ❖ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200009
- ❖ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007333.htm>
- ❖ <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/enfermedad-trofobl%C3%A1stica-gestacional>
- ❖ <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/problemas-y-lesiones-genitales-femeninos-vagts>
- ❖ <https://medlineplus.gov/spanish/bleedingdisorders.html>
- ❖ <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/bleeding-disorders>

- ❖ <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>
- ❖ <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>
- ❖ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>
- ❖ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777065/>
- ❖ <https://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/placenta-accreta-increta-y-percreta.aspx>
- ❖ <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-pret%C3%A9rmino>
- ❖ <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-uterina>
- ❖ <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-hemorragias-postparto/>
- ❖ <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2014/pagina8.html>
- ❖ <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46433/DauzonGarciaLeticia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- ❖ <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46433/DauzonGarciaLeticia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- ❖ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GP_C_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf
- ❖ http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
- ❖ <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745498013.pdf>
- ❖ <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
- ❖ <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214329006.pdf>

- ❖ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200009
- ❖ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007333.htm>
- ❖ <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/enfermedad-trofobl%C3%A1stica-gestacional>
- ❖ <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/problemas-y-lesiones-genitales-femeninos-vagts>

10.2 COMPLEMENTARIA

- ❖ <https://medlineplus.gov/spanish/bleedingdisorders.html>
- ❖ <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/bleeding-disorders>
- ❖ <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>
- ❖ <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>
- ❖ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>
- ❖ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777065/>
- ❖ <https://nacersano.marchofdimas.org/embarazo/placenta-accreta-increta-y-percreta.aspx>
- ❖ <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-pret%C3%A9rmino>
- ❖ <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-uterina>
- ❖ <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-hemorragias-postparto/>
- ❖ <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2014/pagina8.html>

- ❖ <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46433/DauzonGarciaLeticia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- ❖ <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46433/DauzonGarciaLeticia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- ❖ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GP_C_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf
- ❖ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200009
- ❖ http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a03v56n1.pdf
- ❖ <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-en-el-primer-trimestre-del-embarazo>
- ❖ <https://pdfs.semanticscholar.org/7718/0469bc783eb9319e7d9a21cdf99502114b46.pdf>
- ❖ <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126o.pdf>
- ❖ <https://es.slideshare.net/SantiagoMora1/hemorragias-de-primerosegundo-y-tercer-trimestre>
- ❖ http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000400006
- ❖ <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-23.pdf>
- ❖ https://www.researchgate.net/publication/318652855_HEMORRAGIAS_DE_LA_SEGUNDA_MITAD_DEL_EMBARAZO
- ❖ <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161j.pdf>
- ❖ http://campus.usal.es/~sexologia/attachments/091_HemorragiasObstetricas%20C.L.%20Sosa.pdf

10.2 ELECTRÓNICA

- ❖ <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181bj.pdf>
- ❖ http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000200009&script=sci_arttext&tlng=en

- ❖ <https://www.redalyc.org/pdf/473/47327854008.pdf>
- ❖ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext
- ❖ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2011000300006&script=sci_arttext&lng=en
- ❖ <https://www.redalyc.org/pdf/741/74128687005.pdf>
- ❖ <https://pdfs.semanticscholar.org/017c/03a7941d1f57d5f90cafca0ce812d60ebea5.pdf>
- ❖ <http://mail.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1147>
- ❖ <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214329006.pdf>
- ❖ <http://201.159.222.36/handle/123456789/4728>
- ❖ https://www.researchgate.net/profile/Juan_Miguel_Martinez_Galiano/publication/286738848_Prevention_of_the_postpartum_hemorrhage_implementing_active_management_during_delivery/links/5d0df6e8458515c11cedb4d0/Prevention-of-the-postpartum-hemorrhage-implementing-active-management-during-delivery.pdf
- ❖ <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50780>
- ❖ <http://186.3.32.121/handle/48000/13395>
- ❖ https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n1/03_OR_00081_Alvarez_esp.pdf
- ❖ <https://www.monografias.com/trabajos-pdf3/prevencion-hemorragia-postparto/prevencion-hemorragia-postparto.pdf>
- ❖ <https://core.ac.uk/download/pdf/83609801.pdf>
- ❖ <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15795527&AN=127464833&h=gCB73BbnLgipKk57PWX4C8xpv6qQcX7KOMNxx%2f6vYG%2fzm029aO8AQffKfgV7cWY4ATCWsz0skSIWSvM2yqMMQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d15795527%26AN%3d127464833>

- ❖ <http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewPaper/568>
- ❖ <http://apuntes.hgucr.es/files/2019/04/ARTICULO-ORIGINAL-1.pdf>
- ❖ <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2013/pdf/RFCMVol10-2-2013-4.pdf>

11.- GLOSARIO

A

❖ **Abdomen agudo**

- Se define en medicina como cualquier afección aguda intraabdominal que necesita tratamiento urgente, generalmente mediante cirugía. Se considera una emergencia médica, se inicia de forma brusca con dolor abdominal localizado o difuso que tiene carácter progresivo y puede tener consecuencias potencialmente mortales. No es una enfermedad en sí misma, sino un síndrome que puede tener diferentes causas.

❖ **Aborto**

- El aborto es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.

❖ **Aborto espontáneo**

- Un aborto espontáneo es cuando un embrión o feto muere antes de la semana 20 de embarazo. El aborto espontáneo generalmente ocurre temprano en el embarazo,

❖ **Aborto séptico**

- El aborto séptico se produce por abortos inducidos realizados por personas no entrenadas usando técnicas no estériles; es mucho más común cuando el aborto es ilegal. La infección es menos frecuente después de un aborto espontáneo.

❖ **Aborto incompleto**

- Un aborto es conocido como “incompleto” cuando se presenta una fuerte hemorragia y el cuello uterino se encuentra dilatado, pero el útero retiene tejido propio del embarazo. El cuerpo ha expulsado solo parte del tejido y de los productos de la gestación, ya que a veces no

se logra eliminar todos los remanentes del embarazo. En dicho caso, es necesario realizar un tratamiento médico a fin de prevenir complicaciones.

❖ **Amenaza de aborto**

- Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. Esto puede suceder antes de la semana 20 del embarazo.

❖ **Anemia**

- Afección en la que la sangre no cuenta con suficientes glóbulos rojos sanos.

❖ **Anomalía**

- Malformación, alteración biológica, congénita o adquirida.

❖ **Anomalías cromosómicas**

- Son la pérdida o la ganancia de uno o varios cromosomas. Pueden afectar tanto a autosomas (cualquier cromosoma que no sea sexual) como a cromosomas sexuales.

B

❖ **Bioestadística**

- La bioestadística es la rama de la estadística aplicada a las ciencias de la vida, como la biología o la medicina, entre otras.

❖ **Blastocito**

- Un blastocito es un embrión de 5/6 días de desarrollo que presenta una estructura celular compleja formada por aproximadamente 200 células.

C

❖ **Cáncer cérvicouterino**

- Tumor maligno en la parte inferior del útero (matriz) que se puede diagnosticar mediante la prueba de Papanicolaou y se puede prevenir mediante la vacuna contra el VPH.

❖ **Cavidad peritoneal**

- Espacio dentro del abdomen que contiene los intestinos, el estómago y el hígado. Está ligado por membranas delgadas.

❖ **Cervicitis**

- La cervicitis es una inflamación del cuello uterino, el extremo inferior y estrecho del útero que se abre hacia la vagina.

❖ **Cistitis**

- Es el término médico para la inflamación de la vejiga. La mayoría de las veces, la inflamación es causada por una infección bacteriana y se llama infección urinaria.

❖ **Citomegalovirus**

- Es un virus común. Una vez infectado, su cuerpo retiene el virus de por vida. La mayoría de las personas no saben que tienen CMV porque rara vez causa problemas en personas sanas.

❖ **Coagulopatía**

- Es una entidad en la que la capacidad de coagulación de la sangre está disminuida. Este trastorno es frecuente en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos

❖ **Cólicos**

- Dolor en el vientre que es agudo, intermitente y espasmódico, y es debido a las contracciones de los músculos que rodean al órgano afectado.

❖ **Concientización**

- Se refiere a la acción y efecto de concienciar o concientizar, es decir, al hecho de que alguien sea consciente de algo o tome conciencia de una cosa.

D

❖ **Dilatación**

- Un proceso fisiológico que ocurre durante el parto

❖ **Dilatación cervical**

- Significa que el cuello uterino se abre. A medida que se acerca el trabajo de parto, el cuello uterino puede empezar a afinarse o estirarse (borrarse) y abrirse (dilatarse). Esto prepara el cuello uterino para que el bebé pase por el canal de parto (vagina).

E

❖ **Eclampsia**

- Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas

❖ **Ecografía**

- La ecografía, también llamada ultrasonografía o ecosonografía, es un procedimiento de diagnóstico usado en los hospitales y clínicas que

emplea el ultrasonido para crear imágenes bidimensionales o tridimensionales.

❖ **Ectopatía**

- El desplazamiento o mal posición de un órgano.

❖ **Edema angioneurotíco**

- Se caracteriza por la rápida tumefacción (edema) de la piel, las mucosas y los tejidos submucosos. Aparte de su forma común, inducida por alergia, se ha registrado como efecto secundario de algunos medicamentos, en especial de los inhibidores ECA.

❖ **Embarazo ectópico**

- El embarazo ectópico es lo que sucede cuando el embarazo avanza fuera del útero, generalmente, en las trompas de Falopio. Es poco frecuente, pero grave, y debe ser tratado.

❖ **Embarazo molar**

- Es una complicación poco frecuente del embarazo caracterizada por el crecimiento anormal de trofoblastos, las células que normalmente se convierten en la placenta.

❖ **Embolización**

- Embolización significa ocluir de manera voluntaria vasos sanguíneos con diferentes intenciones. La embolización percutánea y/o endovascular es una opción terapéutica comprendida dentro de la Radiología Intervencionista o Técnicas Mínimamente Invasivas, indicada para el tratamiento de diferentes patologías como aneurismas o hemorragia arterial de diversas localizaciones, tratamiento de tumores, etc.

❖ **Embrión**

- El embrión es la etapa inicial del desarrollo de un ser vivo mientras se encuentra en el huevo o en el útero de la hembra. En el caso específico del ser humano, el término se aplica hasta la octava semana desde la concepción. A partir de la octava semana, el embrión pasa a denominarse feto.

❖ **Enfermedades del trofoblasto**

- Es un grupo de afecciones relacionadas con el embarazo que se desarrollan dentro del útero (matriz) de una mujer. Las células anormales empiezan en el tejido que normalmente se convertiría en la placenta.

❖ **Entidades nosológicas**

- La nosología es la rama de la medicina cuyo objetivo es describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo éstos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos.

❖ **Epidemiología**

- Es una disciplina científica en el área de la medicina que estudia la distribución, frecuencia y factores determinantes de las enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas.

❖ **ETS**

- Enfermedad de Transmisión Sexual.

F

❖ Fase lútea

- Es la tercera fase del ciclo menstrual, empieza justo después de la ovulación y va hasta el día antes de que el siguiente periodo menstrual empiece. Esta fase dura normalmente de 12 a 14 días, pero también puede durar de 10 a 16 días.

❖ FIGO

- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

G

❖ Ginecología

- Rama de la medicina que se ocupa del aparato genital femenino y sus enfermedades, incluidas las glándulas mamarias.

H

❖ Hematocrito

- Es el porcentaje que ocupa la fracción sólida de una muestra de sangre anticoagulada, al separarse de su fase líquida. Está determinado casi enteramente por el volumen que ocupan los glóbulos rojos.

❖ Hemorragia

- Una hemorragia es la salida de sangre desde el aparato circulatorio, provocada por la rotura de vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares. Puede consistir en un simple sangrado de poca cantidad como el caso de una pequeña herida en la piel o de una gran pérdida de sangre que amenace la vida.

❖ **Hemorragia postparto**

- La hemorragia posparto es la pérdida de sangre de > 1000 ml o acompañada de síntomas o signos de hipovolemia en las 24 horas posteriores al nacimiento.

❖ **Hemorragia uterina**

- Es un sangrado anómalo provocado por alteraciones en el control hormonal de la menstruación. El sangrado se produce con mayor frecuencia o de manera irregular, dura más tiempo o es más abundante.

❖ **Hipoxia fetal**

- La hipoxia fetal es una disminución del aporte de oxígeno en la sangre, que puede comprometer el bienestar del feto durante el embarazo o especialmente en el momento del nacimiento

❖ **Histerectomía**

- Es la extracción del útero, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica. La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, y lo que produce esterilidad.

❖ **Hormona**

- sustancia química producida por una glándula que se vierte al torrente sanguíneo y actúa a distancia en un órgano efector.

I

❖ **Idiopatía**

- Enfermedad no derivada de ninguna otra, cuyas causas no son conocidas. Se usa como sinónimo de enfermedad de causa desconocida.

❖ **Implantación embrionaria**

- La implantación embrionaria es el proceso por el que el embrión, que ya tiene unos 7 días desde su fecundación, se adhiere al endometrio y da inicio a la gestación.

❖ **Inercia uterina**

- Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

❖ **Intracavitario**

- Interior de una cavidad o espacio, como el abdomen, la pelvis o el pecho.

❖ **Intraparto**

- Período en el cual transcurre el nacimiento de un niño, desde el trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta. Puede referirse tanto a la madre como al feto.

❖ **Intrauterina**

- Perteneciente o relativo al interior del útero (órgano pequeño, hueco y con forma de pera en la pelvis de la mujer donde se desarrolla el feto).

❖ **Isoinmunización**

- Consiste en la producción materna de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los hematíes fetales, ausente en la madre, como respuesta a una sensibilización previa.

L

❖ **Laparotomía**

- Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen. Existen dos tipos de laparotomía, la simple y la exploratoria.

❖ **Legrado uterino**

- Consiste en el uso de una legra o cureta para eliminar tejido del útero mediante raspado o cucharillado. Puede utilizarse para obtener una biopsia de una masa para determinar si es un granuloma, neoplasia, u otra clase de tumor.

❖ **Lesiones vaginales**

- Es una lesión a los órganos sexuales femeninos, principalmente los externos. También se refiere a una lesión en el área entre las piernas, llamada el perineo.

M

❖ **Menstruación**

- Es un flujo transvaginal sanguíneo, espontáneo y periódico que se origina en la mucosa del útero llamada endometrio, en las mujeres en edad fértil.

❖ **Miomas uterino**

- Son tumores benignos ricos en matriz extracelular y que derivan de los miocitos, que se encuentran presentes en el miometrio. Son muy

comunes. De hecho, más de la mitad de las mujeres presentan miomas uterinos, aunque en la gran mayoría de los casos no dan síntomas.

❖ **Miomectomía**

- Es la extirpación quirúrgica de los fibromas (miomas) del útero. Permite dejar el útero en su lugar y, para algunas mujeres, aumenta las probabilidades del embarazo. La miomectomía es el tratamiento de fibromas preferido para mujeres que desean quedar embarazadas. Después de la miomectomía, sus probabilidades de embarazo pueden mejorar, pero no están garantizadas.

❖ **MM**

- Mortalidad Materna

❖ **Morbimortalidad**

- La morbilidad es un estado enfermo, de discapacidad, o mala salud debido a cualquier causa. El término puede ser usado para referirse a la existencia de cualquier forma de enfermedad, o al grado en que esa condición de salud afecta al paciente.

❖ **Mortalidad**

- Se refiere a la cualidad o el estado de mortal (destinado a morir). En el campo de la medicina, este término también se usa para la tasa de muertes, tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período.

O

❖ **Obstetricia**

- Rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

❖ **Oligohidramnios**

- Es un volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.

❖ **OMS**

- Organización Mundial de la Salud.

P

❖ **Perinatología**

- Rama de la gineco-obstetricia que se encarga del estudio y control de los embarazos de alto riesgo, durante todo el embarazo y hasta el nacimiento del bebe y el control posterior.

❖ **Pielonefritis**

- Es una causa frecuente de formación de cicatrices en los riñones y puede llevar a la pérdida parcial de la función renal, especialmente en pacientes que tienen infecciones recurrentes.

❖ **Placenta**

- Es un órgano efímero presente en los mamíferos y que relaciona estrechamente al bebé con su madre, satisfaciendo las necesidades de respiración, nutrición y excreción del feto durante su desarrollo.

❖ **Placenta percreta**

- Placenta penetra hasta la serosa pudiendo comprometer órganos vecinos.

❖ **Placenta acreta**

- Placenta adherida firmemente a miometrio sin plano de clivaje.

❖ **Placenta previa**

- Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta.

❖ **Placenta increta**

- Placenta que invade el miometrio.

❖ **Polihidramnios**

- Es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca.

❖ **Posparto**

- El puerperio o posparto es el periodo después del parto en el que el organismo recuperar la situación previa al embarazo; comprende las seis semanas siguientes al parto.

❖ **Preclamsia**

- Complicación del embarazo potencialmente severa caracterizada por una presión arterial elevada.

❖ **Preparto**

- Fase previa al parto. Se llama parto o alumbramiento, en tanto, al proceso a través del cual una mujer expulsa de su vientre, en el momento adecuado, al feto que se desarrolló en su interior.

❖ **Progesterona**

- Es una hormona sexual que liberan los ovarios y posteriormente la placenta. Durante el ciclo menstrual, su función es acondicionar el

endometrio para facilitar la implantación del embrión en este, y durante el embarazo ayuda a que transcurra de manera segura.

❖ **Prostaglandinas**

- Son un conjunto de sustancias de carácter lipídico derivadas de los ácidos grasos de 20 carbonos (eicosanoides), que contienen un anillo ciclopentano y constituyen una familia de mediadores celulares, con efectos diversos, a menudo contrapuestos.

R

❖ **Retraso menstrual**

- Es el periodo que tarda en llegar el ciclo menstrual a la mujer, pocos días de retraso menstrual pueden ocurrir hasta en mujeres con ciclo menstrual regular, sin que eso tenga cualquier relevancia clínica

❖ **RNM**

- Resonancia Nuclear Magnética

❖ **Rotura vesical**

- Se asocia usualmente a trauma cerrado o penetrante o iatrogénico. En cambio, la ruptura espontánea de la vejiga es una complicación rara y puede ser idiopática o secundaria a diferentes entidades que afectan este órgano.

❖ **Ruptura uterina**

- La rotura uterina sucede al cuando existe la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, como la cesárea, aunque hay otros factores relacionados.

S

❖ **Sangrado por implantación**

- Es la ligera pérdida de sangre ocasionada por la anidación del óvulo fecundado en la pared del útero.

❖ **Sepsis**

- Es una afección potencialmente mortal causada por la respuesta del cuerpo a una infección. El cuerpo normalmente libera sustancias químicas en el torrente sanguíneo para combatir una infección.

❖ **Sobredistension**

- Es la acción y efecto de distender. Este verbo puede utilizarse en sentido figurado para hacer referencia a aflojar o disminuir la tensión, pero también tiene un significado médico para nombrar a la tensión violenta en tejidos y membranas.

T

❖ **Tocolíticos**

- Un tocolíticos es un tipo de fármacos utilizados para suprimir el trabajo de parto prematuro. Se indican para inhibir las contracciones uterinas cuando el parto se traduciría en el nacimiento prematuro de un bebé, así como evitar que esas contracciones favorezcan el ascenso de microorganismos desde la vagina hasta la cavidad amniótica.

❖ **Tratamiento quirúrgico**

- Plan terapéutico que objetivamente requiere el uso de la cirugía para curar o aliviar una lesión.

❖ **Trauma cervical**

- Se da un complejo mecanismo de lesión en el que diversas fuerzas de flexión y estiramiento entran en juego. En la mayoría de los casos solo se producen lesiones mínimas. Las consiguientes inflamaciones de los músculos o el agarrotamiento de éstos pueden ser causa de dolor.

❖ **Trombofilia**

- Es la propensión a desarrollar trombosis (coágulos sanguíneos) debido a anormalidades en el sistema de la coagulación. Los defectos hereditarios en uno o más de los factores de la coagulación pueden provocar la formación de coágulos potencialmente peligrosos

U

❖ **Urocultivo**

- Es un examen de laboratorio para analizar si hay bacterias u otros microbios en una muestra de orina. Puede ser utilizado para buscar una infección urinaria en adultos y niños.

❖ **Uterotónicos**

- Son fármacos que producen una contracción uterina adecuada, tras el nacimiento del neonato.