

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**



**CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA  
UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION.  
"HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO" – CUENCA 2016.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO.**

**AUTORES:** LIZBETH ESTEFANIA CORONEL VERA CI: 0106429806  
MAX VLADIMIR DELEG AUCAPIÑA CI: 0104850664

**DIRECTOR:** DR. JORGE VICTORIANO MEJIA CHICAIZA CI: 0101559870

**CUENCA-ECUADOR**

**2017**



## RESUMEN

**Antecedentes:** Las hemorragias uterinas son complicaciones graves durante el período de gestación. Presentan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. El Ecuador en específico.

**Objetivo general:** Determinar las características clínicas y sus complicaciones de las gestantes que presentaron hemorragia uterina en la segunda mitad de embarazo, atendidas en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca entre Enero-Diciembre 2016.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo de corte retrospectivo, con un universo de 60 pacientes que recibieron atención entre Enero a Diciembre 2016. Los datos se recolectaron de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragia uterina que cursaron una gestación a partir de las 20 semanas, los resultados se analizaron en el programa SPSS versión 15.0 y que se elaboraron en tablas simples.

**Resultados:** De los 60 casos, el DPPNI (43.33%) fue el principal diagnóstico de ingreso, seguido de la placenta previa (26.67%), amenaza de parte pretermito (21.67%), rotura del seno marginal (5%) y enfermedad trofoblástica persistente (3.33%); presentando como característica clínica principal el sangrado(58,33%), secreción transvaginal (20%), dolor abdominal(8,33%); síndrome anémico (36,67%), óbito fetal (6,67%) y el shock hipovolémico (5,00%) son principales complicaciones; el mayor factor de riesgo fue las infecciones del tracto urinario(40%);finalmente las mujeres mayores de 31 años (38.33%), así como las multíparas (38%) y nulíparas (40%) fueron de mayor relevancia. El 60% de las pacientes acudieron de manera deficiente a los controles prenatales.

**Conclusiones:** El DPPNI, patología encontrada con mayor frecuencia; recalcar la importancia de los controles durante el periodo de gestación.

**Palabras claves:** HEMORRAGIA UTERINA, GESTACION, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.



## ABSTRACT

**Background:** Uterine bleeding is a serious complication during the gestation period. They present a high rate of morbidity and maternal-perinatal mortality. Ecuador in particular, holds one of the highest rates in the region with 11.9% according to data for 2006.

**Objective:** To determine the clinical characteristics and their complications of pregnant women who presented with uterine bleeding in the second half of pregnancy, attended at the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca, January-December 2016.

**Methodology:** Retrospective descriptive observational study with a universe of 60 patients who received care between January and December 2016. The data were collected from medical records of patients with a diagnosis of uterine bleeding who undergo gestation after 20 weeks, the results were analyzed in the program SPSS version 15.0 and that were elaborated in simple tables.

**Results:** Of the 60 cases, PNDD (43.33%) was the main diagnosis of admission, followed by placenta preview (26.67%), threat of preterm (21.67%), marginal sinus rupture (5%) and trophoblastic disease (3.33%); anemic syndrome (35%), fetal death (3.33%) and hypovolemic shock (1.67%) are the main complications; the greatest risk factor was urinary tract infections (40%), and women (31%) (38.33%), multiparous women (38%) and nulliparous women (40%) were more relevant. Sixty percent of the patients were deficient in prenatal controls.

**Conclusions:** NIPDD, a pathology found most frequently; to emphasize the importance of the controls during the gestation period and thus to avoid the presence of risk factors and therefore the manifestation of the problem.

**Key words:** UTERINE HEMORRHAGE, GESTATION, PREMATURE DETACHMENT OF PLACENTA NORM INSERTED.



## INDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT.....	3
DEDICATORIA.....	10
AGRADECIMIENTO.....	11
CAPITULO I .....	12
<b>1.1 INTRODUCCIÓN:</b> .....	12
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:</b> .....	13
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN:</b> .....	14
CAPITULO II .....	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO: .....	16
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA: .....	16
Diagnóstico clínico: .....	17
Segunda Mitad del embarazo .....	18
2.1 Placenta Previa.....	18
2.2 Desprendimiento prematuro de la placenta: .....	19
2.2.1 Frecuencia: .....	20
2.3 Ruptura uterina .....	20
2.3.2 Tratamiento:.....	21
2.4 Rotura de seno marginal:.....	22
2.5 Vasa previa .....	22
2.6 Placenta circunvalada .....	23
2.7 Placenta succenturiada.....	24
2.8 Placenta membranácea .....	24
2.9 Enfermedad trofoblastica persistenete.....	24
2.9.1 Cuadro Clinico:.....	25
2.9.2 Diagnostico: .....	26
2.9.3 Tratamiento:.....	27
CAPITULO III .....	28
3. OBJETIVOS .....	28
3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	28



CAPITULO IV .....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.1 TIPO DE ESTUDIO:.....	29
4.2 AREA DE ESTUDIO: .....	29
4.3 UNIVERSO .....	29
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION .....	29
4.5 VARIABLES:.....	29
4.5.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES: .....	30
4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	30
4.7 PROCEDIMIENTOS: .....	30
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS: .....	31
4.9 ASPECTOS ÉTICOS:.....	31
CAPITULO V .....	32
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	32
5.1 Cumplimiento del estudio:.....	32
5.2 Análisis de los resultados: .....	32
CAPITULO VI.....	45
6.1 DISCUSION .....	45
CAPITULO VII.....	50
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	50
7.1 Conclusiones: .....	50
7.2 Recomendaciones: .....	51
CAPITULO VIII.....	53
8. BIBLIOGRAFIA .....	53
8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:.....	53
CAPITULO IX.....	57
9. ANEXOS .....	57
9.1 ANEXO I .....	57
9.2 ANEXO II .....	59
9.3 ANEXO III .....	62
9.4 ANEXO IV .....	63
9.5 ANEXO V.....	64



## CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Lizbeth Estefanía Coronel Vera, autora del proyecto de investigación “CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION. “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 21 de septiembre del 2017

---

Lizbeth Estefanía Coronel Vera

0106429806



## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Lizbeth Estefanía Coronel Vera, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CARACTERÍSTICAS CLÍNICA DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN. “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca, 21 de Septiembre del 2017

-----  
Lizbeth Estefanía Coronel Vera

CI: 0106429806



## CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Max Vladimir Deleg Aucapiña, autor del proyecto de investigación “CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION. “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 21 de septiembre del 2017

---

Max Vladimir Deleg Aucapiña

0104850664



## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Max Vladimir Deleg Aucapiña, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CARACTERÍSTICAS CLÍNICA DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN. “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca, 21 de Septiembre del 2017

-----

Max Vladimir Deleg Aucapiña

CI: 0104850664



## DEDICATORIA

*A la persona más grande y especial de mi vida y que sin mucho o nada, hizo lo más importante en mí, que es darme la confianza, la fuerza, el apoyo y el aliento día a día en este largo camino, mi madre. A Dios por brindarme tan grande familia y la oportunidad de esta decisión que es la medicina.*

**Max Deleg**

*Ante todo agradecer a Dios por brindarme tan grande oportunidad e igual la bendición necesaria para poder cumplir este objetivo tan importante en la vida de cualquier ser humano. A mi familia entera por el apoyo diario, la comprensión y la confianza durante todo este tiempo.*

**Lizbeth Coronel**



## **AGRADECIMIENTO**

Ante todo agradecer a Dios por brindarnos la vida y después la gran decisión de escoger este camino, que es la medicina. Agradecer por todos y cada uno de los días de cada año, en el que duro este camino, por la paciencia y la virtud de seguir aún cuando habían días en los que pensáramos desistir, por la fuerza para levantarnos todas las mañanas para poder llegar al objetivo, por el conocimiento brindado durante el transcurso de esta etapa y que el mismo pedimos nos permita ejercerlo de la mejor manera.

A nuestras familias por el apoyo brindado, tanto emocional como económico, ya que sin ellos no sería posible tan grande logro, siendo el pilar principal de que nuestros objetivos llegaran a cumplirse.

Agradecemos a nuestro asesor, el Doctor Jorge Mejía, ya que nos brindó su apoyo y sus conocimientos, permitiéndonos culminar con el presente proyecto para cumplir el objetivo.

Finalmente agradecemos a todos los docentes que colaboraron en nuestra formación durante todos estos años, a nuestros amigos por los ánimos, consejos y convivencia diaria, durante una de las mejores etapas, que es la vida universitaria.

**MUCHAS GRACIAS**



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN:

Las hemorragias uterinas son una de las complicaciones consideradas graves en el embarazo. Suelen presentar una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal de un 6 a 10% a nivel mundial.

Alrededor de 1000 mujeres, mueren diariamente por causas que son prevenibles y que están relacionadas con el embarazo y el parto. Para el año 2008 se estimó que alrededor de 358000 mujeres durante el embarazo, parto o puerperio.

Según los datos de las actas de nacimiento de 2003, en Estados Unidos, la placenta previa complicó casi uno de cada 300 partos.

Se estima que en el año 2010, murieron durante el embarazo, parto y puerperio, alrededor de 512.000 mujeres, de las cuales 155.000 se debieron a hemorragia obstétrica. Ese mismo año, México reportó una tasa de mortalidad materna de 50 por 100.000 nacidos vivos y un total de 1.100 muertes maternas, con un riesgo de mortalidad materna de 1 en 500 (1). En Cuba constituye la segunda causa de asistencia a consulta después de las leucorreas. Tiene una alta prevalencia con la consiguiente repercusión negativa sobre las actividades diarias y la vida reproductiva futura.

En México, según Organización Mundial de la Salud, la muerte materna fue considerada de cifras intermedias, en donde la hemorragia obstétrica ocupa el segundo lugar, precedida por las patologías hipertensivas como son la pre eclampsia y la eclampsia. Así tenemos que en el año 2010 la razón de la mortalidad materna, se estableció que por cada 100000 nacidos vivos fue de 51.5% en México y en el INMP (Instituto Nacional Materno Perinatal) fue de 29.9%. En el 2011 la muertes maternas provocadas por hemorragias se presentaron en 21 casos, es decir, el 15.6% (31).



En Estudios peruanos plantean que en 5% de los embarazos se producen hemorragias ante parto, en 1% por placenta previa, en 1,2% por desprendimiento de placenta y en 2,8% por causas indeterminadas. En conjunto, todas estas causas de hemorragias son responsables de 20 a 25% de todas las muertes perinatales.

Ecuador en el 2006 la hemorragia post-parto ocupó el segundo lugar como causa de 2 muerte materna con un 11, 9 % (16 muertes), pero el desprendimiento prematuro de la placenta, el embarazo ectópico y placenta previa, que también pueden ocasionar hemorragias aparecen con 5,9 % (8 muertes), 3,7 % (5 muertes) y 2,2 % (3 muertes) respectivamente (3).

Un estudio realizado en el año 2011 en Santa Clara-México, se aisló que los principales factores obstétricos relacionados con la morbilidad materna grave, de esta manera se pudo observas que el 39.8 % del total de las pacientes, lo presento por causas asociadas a la hemorragia obstétrica. En este estudio se recolectaron datos de 93 pacientes, es decir, 37 mujeres presentaron hemorragia asociadas a diversos factores; el resto de morbilidad obstétrica grave se asoció con preeclampsia en el 37.6% y a la sepsis solamente en un 4.3% (32).

Otro estudio en la provincia de Guayaquil, realizado por la Dra. Yépez, manifestó que de una muestra seleccionada de 128 mujeres, todas en embarazo de 32 a 36 semanas fueron diagnosticadas al ingreso con hemorragias por desprendimiento prematuro de placenta con el 53.90%, placenta previa 42.96% y rotura uterina 0.78% en el período de Septiembre 2012 a Febrero del 2013 (33).

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Las hemorragias uterinas son complicaciones graves del embarazo, los factores de riesgo que producen el desprendimiento prematuro de placenta pueden ser varios, como estados hipertensivos del embarazo, consumo de cocaína o tabaco, edad materna avanzada, la multiparidad, condición socioeconómica.



También otros factores mecánicos como traumatismo directo, cordón umbilical corto, pérdida de líquido amniótico o por causas del útero sobre distendido, incluyendo aquí las gestaciones múltiples, poli hidramnios, la nutrición inadecuada e infecciones, descompresión uterina brusca, deficiencia de vitamina c o ácido fólico o ambas, trombofilias hereditarias.

Tanto la multiparidad como el avanzar de la edad contribuyen a mayor riesgo en la incidencia de la placenta previa. La frecuencia de placenta previa es más alta en las gestaciones múltiples, en comparación con la se observa en embarazos de un sólo 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, placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa del cordón y pueden provocar retardo del crecimiento intrauterino.

Estudios han demostrado que la mortalidad materna disminuye extraordinariamente cuando las pacientes son tratadas a tiempo. El ingreso precoz de las pacientes repercute en la seguridad para la madre y el niño, de la misma manera que si no se las manipula, ni se las interviene antes de su llegada al hospital. Si se tiene en cuenta que la mayoría de las pacientes presentan anemia, con sangrados menores sería suficiente para agotar los mecanismos de regeneración sanguínea pudiendo hasta causarle la muerte.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN:**

La asistencia periódica a los controles pre-natales es de extrema importancia, caso contrario las hemorragias presentes en el embarazo provocarían riesgos en la salud materna y perinatal. La vigilancia de la embarazada es primordial a fin de evitar que la gestación salga de los límites fisiológicos. Si esto sucediese, al menos que sean descubiertos en sus fases primarias para ofrecer de manera oportuna la atención adecuada y reducir la tasa de morbilidad y mortalidad de las embarazadas.



En Ecuador, investigaciones del 2006 demuestran que el desprendimiento prematuro de placenta provocó el 5.6% de muertes y la placenta previa el 2.2% de muertes maternas y perinatal. Los intentos por conseguir su prevención están justificados, pero esto es difícil, puesto que todavía no hay pruebas fiables y aceptables para determinar las mujeres que tienen mayor riesgo. Por tal razón, la importancia del presente estudio, en el análisis de hemorragia uterina durante la segunda mitad del periodo de gestación y sus características clínicas en el hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” en la ciudad de Cuenca desde Enero a Diciembre del 2016, observando aspectos socio-demográficos, antecedentes obstétricos, número de controles y las complicaciones de las hemorragias. Todo esto con la idea de elaborar estrategias para contribuir al mejoramiento de la salud.



## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO:

#### HEMORRAGIA OBSTÉTRICA:

Se define como hemorragia obstétrica a cualquier tipo de sangrado obstétrico y que se presenta con cualquiera de los siguientes criterios:

- Sangrado mayor al 25% de volemia,
- Disminución del hematocrito mayor a 10 puntos,
- Pérdida mayor a 150ml/minuto (25).

A su vez la hemorragia obstétrica puede clasificarse en hemorragia ante parto y hemorragia posparto; como es de interés de este estudio nos referiremos exclusivamente a la hemorragia ante parto y que se presenta en la segunda mitad del periodo de embarazo.

Se denomina hemorragia de la segunda mitad de gestación a partir de las 22 semanas del periodo de embarazo y que se puede o no presentar con trabajo de parto.

Cualquier sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna. Se debe tener en cuenta que la hemorragia en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto pre término, causa principal de morbimortalidad perinatal, además de que también se puede asociar a sufrimiento fetal agudo y a óbito fetal (2).

Embarazos que se producen a edades más avanzadas al igual que el aumento de la frecuencia de nacimientos por cesárea, aumenta de manera considerable la incidencia de patologías relacionadas con la hemorragia obstétrica. Durante los últimos años, los estudios se han direccionado a mejorar la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de mujeres con riesgo o presencia de hemorragia obstétrica. Identificar oportunamente los factores de riesgo es



indispensable en una mujer embarazada, así según evidencia, se considera como factor de riesgo para placenta previa y acretismo placentario a mujeres mayores de 35 años, la multiparidad, cicatrices uterinas previas (los legrados, aspiración manual uterina, cesárea y las miomectomias) y finalmente al tabaquismo. A la identificación temprana de uno o más de estos factores de riesgo en las pacientes, se le puede complementar con una ecografía a partir de las 28 semanas de embarazo y así evidenciar la implantación de la placenta, de esta manera se puede identificar a las pacientes con alto riesgo de hemorragia obstétrica y de esta manera derivar para que reciba atención de segundo o tercer nivel después de las 28 semanas de embarazo y de ser necesario antes del mismo (35).

Importante también es decir que tanto el desprendimiento prematuro de la placenta (DPPNI) como la placenta previa pueden ser causantes de sangrado materno importante, a veces asociado a coagulación intravascular diseminada (CID) -sobre todo los casos de DPP con óbito fetal-, siendo necesarias con cierta frecuencia las transfusiones de hemoderivados. Incluso, el gineco-obstetra muchas veces debe tomar la decisión de realizar una histerectomía de emergencia (2).

### **Diagnóstico clínico:**

Como se mencionó ya anteriormente la mayor parte de las patologías relacionadas con hemorragia obstétrica son:

- Desprendimiento prematuro de placenta caracterizado por sangrado transvaginal con dolor abdominal, la hipertensión uterina, la polisistolia y la repercusión fetal de grado variable, orientan a este diagnóstico,
- Placenta previa, donde el síntoma y signo presente es el sangrado transvaginal activo indoloro al final del segundo trimestre del embarazo, habitualmente sin actividad uterina (36),



- Ruptura uterina, el dolor súbito a nivel supra púbico, acompañado de hipotensión arterial y taquicardia, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal que traduzcan compromiso en diferentes grados, e incluso la muerte (37).

## **Segunda Mitad del embarazo**

Se define como hemorragia de la segunda mitad del embarazo al sangrado que tiene lugar después de las 22 semanas de gestación. Las causas más frecuentes son placenta previa (PP) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP), menos frecuentes son rotura uterina (RU), rotura del seno marginal y vasa previa. Sin embargo, a pesar del escrutinio de la placenta después del parto, no se llega a encontrar una causa identificable de la hemorragia en 25 a 35% de los casos(3).

### **2.1 Placenta Previa**

La placenta previa es un proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, y clínicamente por hemorragias de intensidad variable. La hemorragia, aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso. Se estima también que ésta tiene una frecuencia de 1 cada 200 o 300 embarazos, siendo mayor en las multíparas que en las nulíparas, a la vez que mayor en mujeres mayores a los 35 años que en las menores a 25 años (4).

#### **2.1.1 Frecuencia:**

La incidencia de placenta previa, el tipo más frecuente de placentación anormal, es de 0,5%. La hemorragia por placenta previa causa casi 20% de todos los casos de hemorragia previa al parto; 70% de las pacientes con placenta previa se presentan con hemorragia vaginal indolora en el tercer trimestre, 20% tiene



contracciones relacionadas con la hemorragia y en 10% el diagnóstico se hace de manera incidental en una ecografía cercana al término(5).

Se define como una implantación placentaria anormal. Las vellosidades coriales se insertan directamente en el miometrio en ausencia de decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch. Esta anomalía en la implantación incluye (6):

- *Placenta accreta*: Fallo en la decidua. Las vellosidades se insertan directamente en el miometrio.
- *Placenta increta*: Las vellosidades penetran en el interior del miometrio.
- *Placenta percreta*: Las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal e incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos.

### **2.1.2 Clasificación**

1. *Placenta previa total*: Cuando hay una oclusión total del orificio cervical interno (OCI).
2. *Placenta previa parcial*: Cuando hay una oclusión parcial del OCI.
3. *Placenta previa marginal*: Cuando la implantación placentaria llega a estar en el margen del OCI.
4. *Placenta previa de inserción baja*: en este caso el borde placentario se encuentra muy cerca al OCI.

### **2.2 Desprendimiento prematuro de la placenta:**

Se conoce con este nombre al proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, de una placenta antes de la salida del feto que, a diferencia de la placenta previa, está insertada en su sitio normal dentro de la cavidad uterina. Es importante aclarar que si bien este hecho puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, los desprendimientos producidos antes de las 20 semanas, por su evolución, deberán ser tratados como abortos. Los casos que tienen lugar después de la vigésima semana constituyen un cuadro conocido como



desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada o abruptioplacentae o accidente de Baudeloque, teniendo graves consecuencias para el feto y para la madre (4).

Se considera que la frecuencia es de alrededor del 0,2% aunque varía sustancialmente según el criterio diagnóstico y el tipo de población asistida (4).

### **2.2.1 Frecuencia:**

La placenta previa es una complicación del tercer trimestre del embarazo presentándose en 1 de cada 200 partos. Las mujeres de más de 35 años presentan placenta previa con mayor frecuencia que las de 25 años. También puede presentarse placenta previa en un 5% en abortos espontáneos embarazos múltiples.

## **2.3 Ruptura uterina**

Se produce por el desgarro del útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz; puede ocurrir durante el último trimestre del embarazo, el trabajo del parto o durante el parto.

Su manejo debe hacerse siempre a nivel hospitalario. Si la paciente está en un nivel de baja complejidad, se debe remitir inmediatamente a nivel de mayor complejidad, previas medidas de emergencia para evitar o tratar el shock.

En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica materna, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

### **2.3.1 Diagnóstico:**

Se hace en base al cuadro clínico fundamentalmente, y a la exploración física completa. Toda paciente que se sospeche placenta previa debe ser hospitalizada antes de hacer una exploración vaginal, tener disponibilidad de unidades de sangre y pruebas cruzadas (7).



1 La exploración debe comprender desde inspección hasta palpación de los fondos de saco vaginalis.

2.- Mediante la exploración vaginal y palpación digital directa de la placenta se puede diagnosticar con certeza.

Se debe también tomar en cuenta(7):

- Manchado durante el primer y segundo trimestre.
- Sangrado abundante repentino e indoloro en el tercer trimestre.
- Dolor inicial en el 10% de las pacientes.

### **2.3.2 Tratamiento:**

La mortalidad materna y perinatal ha disminuido (del 25% al 1% y del 60% a menos del 10% respectivamente) gracias a dos factores como son el manejo expectante y el parto por cesárea.

El manejo debe ser individualizado de acuerdo con la magnitud del sangrado, tipo de implantación de la placenta, edad gestacional y estado materno fetal.

Cualquier mujer con sangrado en el segundo o tercer trimestre, debe ser hospitalizada y evaluada inmediatamente.

Afortunadamente, la mayoría de las mujeres presentan episodios auto limitados que no causan daño a la madre o al feto, permitiendo el manejo expectante.

Manejo expectante: Confirmar diagnóstico, reposo absoluto, vigilancia de signos vitales y de sangrado, monitoreo fetal, maduración pulmonar, uteroinhibición si se detecta actividad uterina, exámenes paraclínicos y reserva de sangre(8).



## 2.4 Rotura de seno marginal:

El "seno marginal" sería un grupo de venas dilatadas y lagos venosos en la periferia de la placenta, estas secuestran sangre venosa, aunque no existe evidencia anatómica del mismo. Se puede romper:

1. Durante el parto o al inicio de la dinámica uterina (60-70%):
  - Se pierden de 100-200 cc de sangre materna roja.
  - Sería como un desprendimiento prematuro menor del borde placentario.
  - Normalmente no condiciona sufrimiento materno ni fetal.
  - En un 1-2% de casos graves puede darse un 1-2% de mortalidad perinatal.
  - El tratamiento sería amniorrexis + oxitocina.
  
2. Antes del parto(8):
  - Hemorragia roja e indolora.
  - Hemorragia repetitiva.
  - Se descarta la placenta previa.
  - El diagnóstico definitivo lo dará la presencia de un coágulo adherente a nivel del seno roto.
  - El tratamiento será el reposo expectante y, en caso de condiciones obstétricas favorables, amniorrexis + oxitocina.

## 2.5 Vasa previa

Se considera placenta velamentosa aquella en que el cordón umbilical no alcanza en su inserción dejando vasos solo protegidos por el amnios entre dicho cordón y la torta placentaria. Si estos vasos se sitúan por delante de la presentación (vasa previa), su descenso y la dilatación cervical pueden romperlos provocando una hemorragia de origen fetal (8).



Rara vez puede palpase el vaso roto sangrante. Si pudiera visualizarse y pinzarse se podría salvar la vida del feto. El diagnóstico se basa en la demostración de que la hemorragia es de sangre fetal(8):

- Test de Kleihauer-Betke.
- Mezclar la sangre con 4 gotas de NaOH al 1% y si sigue el color rojo a los 2' es que se trata de sangre fetal.

Se considera que la mortalidad fetal es del 60%.

Salvo caso en que el parto fuera muy favorable, hay que realizar una cesárea urgente, con rápida extracción fetal y transfundirle sangre.

Existen 2 variantes(9):

El tipo 1, que se debe a la inserción velamentosa del cordón umbilical, y el tipo 2, que se produce cuando los vasos fetales discurren entre los lóbulos de una placenta bilobulada o subcenturiata. Su incidencia es aproximadamente 1 de cada 2.500 gestaciones. La rotura espontánea o artificial de las membranas produce un desgarro de los vasos fetales, que frecuentemente condiciona una rápida exanguinación fetal y una elevada mortalidad perinatal.

## **2.6 Placenta circunvalada**

Aunque la mayoría no son diagnosticadas, entre un 2-15% de las placentas son del tipo marginadas, el repliegue amniocorial se encuentra por dentro del límite placentario a distinto nivel de su extremo (8).

La mayoría no dan síntomas y se diagnostican en el parto.

A veces da una hemorragia de sangre materna hacia la decidua, de sangre roja, indolora y flujo intermitente hacia la mitad del III Trimestre, a veces requiere incluso de transfusión y, en casos de severidad, practicar una cesárea (8).



- En ocasiones se producen hidrorreas gravídicas que requieren el diagnóstico diferencial con la rotura de la bolsa de las aguas.
- El parto pre término entre las 28-34 semanas es frecuente.
- También es frecuente la retención de restos postparto.

## 2.7 Placenta succenturiada

Puede presentar(8):

- Lóbulos separados (hasta seis) con vasos principales que confluyen hacia el cordón (placenta múltiple o lóbulos succenturiados).
- Uno de los lóbulos accesorios que se unen por vasos a la placenta (placenta espurea).
- Hemorragias por:
  - Roturas vasculares.
  - Lóbulos previos.
- Frecuente persistencia de restos postparto.

## 2.8 Placenta membranácea

Se trata de una placenta fina y agrandada por falta de atrofia de las vellosidades capsulares. Se denomina placenta increta aquella que penetra en profundidad, sobrepasa la decidua e infiltra el miometrio subyacente, el resultado es la imposibilidad de desprendimiento durante el alumbramiento(10).

Como principales características están que puede llegar a dar hemorragias severas entre las semanas 24-28. Además de se ven favorecidas las hemorragias del alumbramiento (8).

De la misma manera en la placenta membranácea, todas las membranas fetales están cubiertas de vellosidades funcionales y la placenta se desarrolla como una estructura membranosa delgada que ocupa toda la periferia del corion. En condiciones normales, la placenta se desarrolla donde proliferan las vellosidades coriónicas, que constituyen la interfase con la decidua basal. Las vellosidades



que rodean el resto del saco gestacional se suelen atrofiar, la ausencia de esta atrofia da lugar a este tipo de placenta. Puede originar hemorragias graves. Después del parto, la placenta puede no separarse fácilmente. La hemorragia es similar a la que se presenta en la placenta previa (10).

## **2.9 Enfermedad trofoblástica persistente**

La enfermedad trofoblástica gestacional viene definida por la presencia de anomalías en la proliferación trofoblástica ocurrientes durante el embarazo. Engloba una serie de entidades que podrían agruparse en: mola hidatiforme y tumores trofoblástica gestacionales.

En función de la presencia o ausencia de tejido embrionario o fetal, la mola hidatiforme o embarazo molar se clasifica como mola parcial o completa. Se trata de entidades distintas, que difieren en su origen citogenético, histología, potencial de malignización y pronóstico, por lo tanto el diagnóstico debe ser exacto, aunque en ocasiones pueda ser difícil como es el caso que nos ocupa. La coexistencia de un feto genotípicamente normal con una mola completa se debe a gestaciones gemelares en las que uno de los huevos ha sufrido una transformación molar, existen pocos casos en la bibliografía pero su incidencia ha aumentado en los últimos años como consecuencia del incremento de estimulaciones de la ovulación secundarias al desarrollo de técnicas de reproducción asistida. La clave del diagnóstico diferencial entre mola parcial y completa es el estudio citogenético aunque signos ecográficos y analíticos puedan servir de ayuda. (11)

La patogenia, clínica y evolución de la mola son idénticas en gestaciones únicas y múltiples. Sin embargo la existencia simultánea de feto vivo se considera un factor de riesgo para desarrollar enfermedad trofoblástica persistente debido a que se retrasa el diagnóstico, presentando niveles séricos de BHCG significativamente más elevados.

### **2.9.1 Cuadro clínico**

Tras un periodo de amenorrea, y a partir del segundo mes, hay un aumento de los síntomas subjetivos del embarazo, sobre



todo náuseas y vómitos o hiperémesis en un 30%. Hay metrorragias irregulares en el 96% de los casos, en principio de escasa cantidad, pero que se va incrementando. Dicha hemorragia no es continua sino que se repite cada dos o tres días, de color roja o negruzca, que se produce por la ruptura de vasos maternos al separarse las vesículas de la decidua.

Ocasionalmente, hay expulsión de restos molares, que lo refiere la paciente como expulsión de vesículas en el 11 % de los casos y que es patognomónico pero aparece tardíamente. También puede presentar mal estado general, dolor difuso en hipogastrio y anemia. Esta última en relación con las metrorragias.

Pueden haber signos y síntomas de hipertiroidismo, como taquicardia, sudoración, y temblores, en el 7%, y es debido a que la fracción  $\beta$ -hCG es similar a la hormona TSH. Existen signos de preeclampsia o hipertensión gestacional del primer trimestre hasta en el 50% de los casos, y signos de insuficiencia respiratoria aguda en el 2% por embolismo pulmonar de las células trofoblástica, o por la asociación entre hipertiroidismo e hipertensión arterial.

A la exploración el útero está aumentado de tamaño, en el 50% de los casos, por encima de lo que correspondería a la edad gestacional. (12)

### **2.9.2 Diagnóstico**

Por la clínica, y pruebas complementarias como la determinación de la  $\beta$ -hCG y la ecografía. La determinación de la  $\beta$ -hCG se basa en que el trofoblasto produce la hormona gonadotropina coriónica, presentando cifras elevadas, y su cuantificación va a servir para diagnóstico, valorar el pronóstico, y el seguimiento pos tratamiento. La ecografía revela un útero aumentado de tamaño que no corresponde con la amenorrea, con ecos en su interior, puntiformes que corresponderían a las vesículas y que asemejan copos de nieve o panal de abeja. No se aprecia saco gestacional ni estructuras fetales y, en ambos ovarios se aprecian quistes teca-luteínicos como formaciones ováricas redondas, eco negativas, con múltiples tabiques en su interior.



### **2.9.3 Tratamiento**

Hay que tratar las complicaciones como la hiperémesis, anemia, hipertensión, y alteraciones electrolíticas, coagulopatías, alteraciones cardio-respiratorias y preeclampsia, procediendo a evacuar la mola lo antes posible, con lo que se producirán menos malignización.

La evacuación del contenido uterino se realiza mediante dilatación, y legrado por aspiración. Además se pauta profilaxis antibiótica y oxitócicos.

La histerectomía, con la mola en su interior, está indicada en pacientes de edad superior a 40 años o en mujeres con más de tres hijos, ya que en ambos grupos se ha demostrado una mayor incidencia de malignización.(13)



## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar las manifestaciones clínicas de las pacientes que presentaron hemorragia uterina en el segundo periodo de embarazo y que recibieron atención en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, entre 01 enero 2016 al 31 diciembre 2016.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer las características demográficas (estado civil, escolaridad, edad, etnia) y controles prenatales del grupo de estudio.
- Identificar las causas y patologías (DPPNI, placenta previa, mola persistente) que provocaron hemorragias uterinas en el segundo periodo de gestación.
- Identificar factores de riesgos en los antecedentes obstétricos de la historia clínica de las embarazadas seleccionadas (tabaquismo, condición socioeconómica, antecedentes patológicos, nutrición inadecuada).
- Describir las complicaciones maternas y perinatales provocadas por las hemorragias uterinas en la segunda mitad de la gestación.
- Corroborar las manifestaciones clínicas de cada patología



## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se aplicó un estudio descriptivo y retrospectivo, en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca.

#### 4.2 AREA DE ESTUDIO:

Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, Azuay, Ecuador; el estudio se realizó con historias clínicas de pacientes atendidas en el área de gineco – obstetricia y diagnosticadas de hemorragia uterina en la segunda mitad del embarazo.

#### 4.3 UNIVERSO

**Universo:** Historias clínica de Mujeres con diagnóstico de embarazado de 20 o más semanas y hospitalizadas en el área de Gineco – Obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso “desde el 1 enero 2016 al 31 diciembre 2016.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

**INCLUSIÓN:** Historias Clínicas de Mujeres de veinte o más semanas de gravidez con diagnóstico de hemorragia uterina.

**EXCLUSION:** Historias clínicas incompletas.

#### 4.5 VARIABLES:



#### **4.5.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:**

Se incluyeron variables tanto cuantitativas como la edad, número de embarazos, controles prenatales y variables cualitativas como estado civil, instrucción, ocupación, motivos de consulta, características clínicas (ver anexo 1).

#### **4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

**MÉTODOS:** Observación.

**TÉCNICA:** Revisión de historias clínicas.

**INSTRUMENTO:** Guía para la revisión de la Historia Clínica.

#### **4.7 PROCEDIMIENTOS:**

Se revisó Historias Clínicas de las mujeres gestantes que recibieron atención por hemorragia uterina a partir del segundo periodo de gestación, entre enero 2016 y diciembre 2016, en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” de la Ciudad de Cuenca, para precisar características demográficas, embarazos y partos, controles pre-natales, motivos de consulta y manifestaciones clínicas.

**AUTORIZACION:** Una carta de autorización fue dirigida al Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso.

**CAPACITACIÓN:** La capacitación por parte de los autores fue a través de una retroalimentación bibliográfica, además del apoyo por parte del Director de tesis y personas relacionadas en la materia.



**SUPERVISIÓN:** La presente investigación fue supervisada por el Doctor Jorge Mejía (director del trabajo de tesis), quien labora como docente de la cátedra de Gineco - Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca.

#### **4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:**

Los registros de datos se consignaron en los correspondientes formularios de recolección de datos y procesaron en una base de datos en Excel 2016, lo cual fue transferida al programa estadístico SPSS versión 15.00. Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos.

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS:**

Se emplearon las pautas de la Declaración de Helsinki, en la que refiere que investigación médica, es deber proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en la investigación.



## **CAPITULO V**

### **5. RESULTADOS OBTENIDOS**

#### **5.1 Cumplimiento del estudio:**

El presente estudio fue realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, tomando como herramienta de recolección de datos 60 Historias clínicas, equivalentes al universo total, que ingresaron con diagnóstico de hemorragia uterina en la segunda mitad de gestación y con sus características clínicas, en el área de Gineco-Obstetricia, a partir del mes de Enero de 2015 hasta Diciembre 2015.

#### **5.2 Análisis de los resultados:**

Tabla # 1

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN ESTADO CIVIL.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FR.</b>	<b>%</b>
CASADA	24	40
SOLTERA	18	30
VIUDA	0	0
DIVORCIADA	0	0
UNION LIBRE	18	30
TOTAL MUESTRA	60	100

FUENTE:  
recolección de datos

Formulario de

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

De acuerdo a las variables estudiadas, se indago sobre el estado civil de las pacientes del grupo de estudio, en donde se destaca que la mayor parte de la población con este tipo de diagnóstico recae en el estado civil casada con un 40% de casos, frente a un 30% equitativo entre el estado civil de soltera y la unión libre. Cabe mencionar, que no se detectaron casos en los estados civiles de viuda y divorciada. (Tabla 1)

Tabla # 2

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN ESCOLARIDAD “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

ESCOLARIDAD		FR	%
PRIMARIA		22	36,67
SECUNDARIA		34	56,67
SUPERIOR NIVEL	TERCER NIVEL	4	6,67
SUPERIOR NIVEL	CUARTO NIVEL	0	0,00
ANALFABETISMO		0	0,00
TOTAL		60	100

FUENTE:  
de recolección de datos

Formulario

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

La importancia de indagar sobre el nivel de escolaridad de las pacientes ingresadas con el diagnóstico de estudio, encontrando que la mayor parte afectada corresponde a las pacientes cuyo nivel de instrucción es la secundaria con un porcentaje de 56,67%, seguido de aquellas con nivel de instrucción de primaria con un 36,67%, a continuación se encuentran aquellas con formación nivel superior en tercer nivel con el de 6,67%, finalmente no se detectaron casos de ingresos, en relación al analfabetismo y estudios superiores de cuarto nivel. (Tabla 2).

Tabla # 3

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN SU OCUPACION.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>OCUPACION</b>	<b>FR.</b>	<b>%</b>
AGRIGULTURA	2	3,33
COCINERA	1	1,67
COMERCIANTE	2	3,33
COSTURERA	2	3,33
DOCENTE	1	1,67
EMPLEADA DOMESTICA	3	5,00
ESTUDIANTE	4	6,67
Q.Q.D.D.	45	75,00
TOTAL	60	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

De las pacientes diagnosticadas, se indagó respecto a su ocupación, destacando como principal dato estadístico que la mayor parte de la población corresponde a aquellas mujeres cuya ocupación diaria concierne al trabajo en el hogar o comúnmente denominado en nuestro medio quehaceres domésticos, con un porcentaje de 75% , de igual manera se encuentra un relación respecto a esta ocupación, puesto que el siguiente porcentaje recae en aquellas mujeres cuya actividad económica-ocupacional, pertenece al empleo doméstico con un porcentaje de 5%, seguido de aquellas cuya actividad está destinada al estudio con un porcentaje de 6,67%; agricultura, comerciantes y costureras con un

3,33%, cada una; finalmente, cocinera y docente con un porcentaje de 1,67%, cada una. (Tabla 3).

**Tabla # 4**

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN LA EDAD.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

EDAD	FR	%
<15 AÑOS	1	1,67
16-20	12	20,00
21-25	14	23,33
26-30	10	16,67
>31 AÑOS	23	38,33
TOTAL	60	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

Al realizar el análisis del tema en estudio y en relación a la edad, se puede observar que las mujeres mayores de 31 años ocuparon el valor estadístico más alto ya que alcanzaron un porcentaje del 38.33%, seguido de las pacientes que se encuentran en edades entre los 21 a 25 %, las mujeres entre 16 y 29 años alcanzaron un porcentaje del 20%, a continuación se encuentran las mujeres con edades entre los 26 y 30 años de edad y finalmente con un porcentaje del 1.67 aquellas mujeres menores a 15 años (Tabla 4).

Tabla # 5

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN NUMERO DE PARTOS.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

PARIDAD	FR	%
NULIPARA	23	38,33
SEGUNDIPARA	12	20,00
MULTIPARA	24	40,00
GRAN MULTIPARA	1	1,67
TOTAL	60	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

La importancia de estudio y su relación con el número de paridad de las pacientes que ingresaron con el diagnostico encontramos que las multíparas son las que presentaron en mayor numero el problema planteado ya que alcanzaron un porcentaje del 40% y seguido con número similar de casos de las mujeres nulíparas que presentaban un 38.33%, las mujeres segundíparas representaban el 20 % de número de casos y por ultimo encontramos a las pacientes gran multíparas con escaso porcentaje del 1.67%(Tabla 5).

Tabla # 6

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN CONTROLES PRENATALES.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>CONTROLES PRENATALES</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
DEFICIENTE/<2	36	60.00
EFICIENTE/3-4	19	31,67
OPTIMO/>5	5	8.33
TOTAL	60	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

Una de las principales características en abordar dentro del tema en estudio se relaciona al número de controles prenatales que se realizaron las pacientes previo a la culminación del embarazo, encontrando a aquellas mujeres cuyo control fue deficiente o nulo y que presentaron hemorragia con un porcentaje del 60%, las pacientes que tuvieron un control eficiente el diagnóstico se manifestó en el 31.67% y finalmente aquellas mujeres que acudieron a un control óptimo como lo recomienda el “Ministerio de Salud Pública del Ecuador” presentaron el problema en un 8.33%, siendo el menor porcentaje en el cual se manifestó el análisis. (Tabla 6).

Tabla # 7

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN LA CONDICION SOCIECONOMICA “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>CONDICION SOCIOECONOMICA</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
ALTA	5	8.33
MEDIA	39	65
BAJA	16	26.67
TOTAL	60	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

Una de las principales características en abordar dentro del tema en estudio se relaciona a la condición socioeconómica en la que viven las pacientes durante el embarazo, encontrando a aquellas mujeres con una condición socioeconómica media, es decir contando con todos los servicios básicos y casa propia en un 65%, las pacientes con una condición socioeconómica baja, es decir sin contar con todos los servicios básicos (teléfono) en un 17% y finalmente aquellas mujeres que tienen una condición socioeconómica alta en un 5%, siendo el menor porcentaje en el cual se manifestó el análisis. (Tabla 7).

Tabla # 8

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN LA PATOLOGIA CLÍNICA.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>PATOLOGIAS CLÍNICAS</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
PLACENTA PREVIA	16	26,67
ENF. TROFOBLASTICA (MOLA PERSISTENTE)	2	3,33
ROTURA DEL SENO MARGINAL	3	5,00
APP	13	21,67
DESPRENDIMEINTO PREMATURO DE PLACENTA NORMIINSERTA	26	43,33
TOTAL	60	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

Al examinar el tema pudimos establecer que el problema se presenta en mayor cantidad en el desprendimiento prematuro de membrana normo inserta y alcanza un porcentaje del 43.33%, a continuación la placenta previa se encuentra con el 26.67% de los casos; como presentación secundaria a una amenaza de parto pre término el problema estaba vigente en el 21.67% de los casos con el diagnóstico, seguido a esto las pacientes con rotura del seno marginal indicaban un 18.33% de los casos y finalmente la enfermedad trofoblástica cuyo dato estadístico llega al 3.33%(Tabla 8).

Tabla # 9

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>CARACTERISTICAS CLÍNICAS</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
SANGRADO	35	58,33
DOLOR ABDOMINAL	5	8,33
CONTRACCIONES UTERINAS	2	3,33
SECRECION TRANSVAGINAL	12	20,00
AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES	4	6,68
OTROS	2	3,33
TOTAL	60	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

Al analizar según las manifestaciones clínicas de cada patología, la mayoría de las pacientes acuden por presentar sangrado con un porcentaje del 58.33% en las patologías de DPPNI(Sangrado oscuro no abundante), placenta previa(hemorragia vaginal indolora, contracciones), rotura del seno marginal (hemorragia roja e indolora, repetitiva, coagulo adherente a nivel del seno roto), mola persistente(sangrado uterino anormal, crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional, ausencia de LCF, quistes tecaluteínicos, HTG en las primeras 20SG, síntomas respiratorios o neurológicos), APP(dolor abdominal tipo menstrual, lumbalgia, contracciones uterinas, hemorragia escasa y secreciones), a continuación la secreción transvaginal se encuentra con el 20,00% de los casos presentándose( APP, DPPNI, placenta previa); seguido con dolor abdominal en un 8,33% de los casos con el diagnóstico de DPPNI, APP,

placenta previa, seguido a esto indicaban un 6,68 % de los casos con ausencia de movimientos fetales, las contracciones uterinas con un 3,33% y finalmente otras manifestaciones clínicas( fiebre, nausea, vomito, lumbalgia) cuyo dato estadístico llega al 3.33%(Tabla 9).

**Tabla # 10**

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
HTA	5	8,33
TABAQUISMO	2	3,33
EDAD AVANZADA	2	3,33
GESTACION MULTIPLE	1	1,67
NUTRICION INADECUADA	1	1,67
INFECCIONES	24	40,00
TRAUMAS	1	1,67
USO DE DROGAS	1	1,67
OTROS	5	8,33
NINGUNO	18	30,00
TOTAL	60	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

Al explorar la presencia de hemorragia uterina durante la segunda mitad de gestación y su vínculo con los antecedentes patológicos de la gestante el de mayor relevancia fueron las mujeres con infecciones previas y que corresponde al 40% de los casos, el 18% de las pacientes no presentaban antecedente



patológico alguno, aquellas mujeres con antecedentes de hipertensión arterial presentaron el problema en 8.33%, las personas que tenían como antecedente al tabaquismo y así como las de edad avanzada representaban el 3.33%, a continuación se encuentran aquellas mujeres de gestación múltiple, nutrición inadecuada, traumas y uso de drogas con el 1,67%, otras causas por las que se produce el problema engloban a legrados previos, cirugías anteriores entre otras y se manifiestan en un 3.33%(Tabla 10).

**Tabla # 11**

**“CARACTERISTICAS CLINICAS DE 60 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION, SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS.**

**“HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.”**

<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
SHOCK HIPOVOLEMICO	3	5,00
SD ANEMICO	22	36,67
OBITO FETAL	4	6,67
MUERTE MATERNA	0	0,00
NINGUNO	31	51,66
TOTAL	60	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTOR: Lizbeth Coronel; Max Deleg.

Relacionando al diagnóstico de estudio con las complicaciones maternas se logró indagar que el 51,66% de las mujeres no presento complicación alguna, a continuación una de las principales complicaciones es la presencia del síndrome anémico con un 36,67% de sus casos, en el 6,67% de las pacientes se manifestó óbito fetal, el shock hipovolémico alcanzo un valor estadístico del 5% y



finalmente no se registraron casos de muerte materna cumpliendo así con uno de los 10 objetivos del milenio planteados por el “Ministerio de Salud Pública del Ecuador” (Tabla 11).



## CAPITULO VI

### 6.1 DISCUSION

Durante la elaboración de este proyecto de investigación, se revisó de manera exhaustiva registros de mes a mes del año 2016, del área de Gineco-Obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso” y de los cuales a su vez se aislaron aquellas historias clínicas que presentaban el diagnóstico de interés, de esta manera se pudo recolectar 60 historias clínicas, de las mismas que al realizar su respectiva revisión y análisis, se pudo interpretar de manera global que la presencia del problema, que si bien ha disminuido aún se mantiene, pero cabe recalcar la disminución de la problemática de manera considerable; de igual manera se puede manifestar que los principales factores del objeto en estudio ocasiona la falta de concientización por parte de las mujeres en periodo gestante, ya que existe desinterés por la necesidad de una valoración periódica y lo cual pudimos notar en el porcentaje de las personas que presentaban controles inferiores a dos o nulos durante su embarazo y que acudieron a consulta por el mismo motivo el cual se analiza en esta presente.

La importancia de abarcar este tema radica en que una de las principales causas de la morbi-mortalidad materno- perinatal de los países en vía de desarrollo, es producida por las hemorragias durante la segunda mitad de gestación y que a su vez es considerado como un indicador universal de calidad de atención de los servicios de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud indica que en el 2010, la Tasa de Mortalidad Materna mundial es de 402 muertes/100.000 nacidos vivos, y que lo acreditan las hemorragias ante parto en un 15% y las hemorragias post parto 35% y que en general constituyen el 50%, de estas muertes (23); el resto lo acreditan a muertes ocasionadas por otras causas.

En México tras estudios del 2012 se estimó que aproximadamente el 80 % de las muertes maternas eran provocadas por hemorragias obstétricas, es decir, por problemas durante la gestación, labor de parto y en el posparto. En este análisis se estudiaron 78 pacientes durante ese año, de las cuales 62



presentaron algún tipo de problema durante la segunda mitad de embarazo y de las cuales 24 (31%) de estas personas se encontraban en edades entre 24 y 30 años; de igual manera las mujeres nulíparas y las multíparas presentaron hemorragia obstétrica con un porcentaje del 30% y 27% respectivamente, de estas pacientes el 36% es decir, 20 mujeres presentaron grado II de shock hipovolémico y que le asignaron como causa principal a la atonía uterina (25).

Si lo relacionamos con nuestro estudio, claramente se observa que las edades mayores son directamente proporcional con la presencia del problema en estudio; así mismo, las hemorragias uterinas en la segunda mitad de gestación se presentaron en mayor porcentaje en las nulíparas (38.33%) y multíparas (40%); si bien el shock hipovolémico se presentó en un escaso 1.67% de los casos analizados, a comparación con el estudio antes mencionado en donde se manifiesta como mayor complicación en las pacientes, tenemos por el contrario que el síndrome anémico si lo hizo con un 20% del porcentaje, osea que la pérdida de sangre si fue considerable.

Durante el periodo de Septiembre 2012 Febrero 2013, se realizó un estudio sobre las pacientes con hemorragia uterina durante el tercer trimestre de embarazo, en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, el cual se pudo apreciar que las pacientes que presentaban el problema eran mayores de 31 años (39.06%), las mujeres con control deficiente o nulo (60%) y que las principales manifestaciones eran el desprendimiento prematuro de membrana normo inserta (53%) y la placenta previa (42%).

Al realizar nuestro análisis como se mencionó anteriormente de este documento, las principales causas por las que ingresaban las pacientes con el diagnóstico en estudio, eran las que presentaban desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y placenta previa. Entonces, comparando nuestro abordaje con el estudio antes mencionado se puede determinar que la causa del problema aún se mantiene en el transcurso de estos años. De igual manera se evidencia que las mujeres que presentaron algún tipo de inconveniente durante su embarazo,



son las mayores de 31 años y sobre todo las de bajo control prenatal durante su periodo de gestación.

Durante el periodo de enero 2010 a diciembre 2012 se realizó un estudio en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa-Guatemala, sobre la prevalencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en donde se manifiesta que la edad promedio en la que se presentó el problema fue entre los 16 y 25 años con un 51.72%, la edad gestacional en la que se manifestó, fue casi en su totalidad durante el tercer trimestre (96.5%) y estaban asociadas a mujeres nulíparas (39.65%) y multíparas (22.43%). 26 pacientes (44.83%) que presentaron el diagnóstico, no presentaron control prenatal alguno(26).

Se realizó una vinculación de este análisis con nuestro estudio, ya que el desprendimiento de placenta normoinserta fue el de mayor relevancia en el mismo; así tenemos que la edad varia, ya que en el estudio previo se observa en pacientes con edades menores a comparación con la de nuestra zona en donde las mujeres mayores de 31 años son las que presentaban el problema, sin embargo en relación a la paridad son las nulíparas (38.33%) y multíparas (40%) las que de igual manera presentan el problema y con referencia, finalmente se establece nuevamente, que la falta de control prenatal influye de manera considerable en la manifestación del problema.

Manifiesta un artículo de estudio elaborado y publicado en México-2010, que la hemorragia durante la segunda mitad de embarazo comprometió entre 9 y 15% de todas las gestantes que tuvieron atención en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima-Perú, en donde se tomó en cuenta que el diagnóstico estaba ligado con la amenaza de parto pretermo de manera íntima. Por otro lado también se consideró como las principales causas de hemorragia al desprendimiento prematuro de membrana normoinserta y a la placenta previa como principales protagonistas (24).

De igual manera, se corrobora la información con nuestro estudio realizado, al manifestarse nuevamente las dos principales causas que dan origen al



diagnóstico en estudio. Cabe recalcar que dentro del artículo se manifiesta la importante vinculación de la hemorragia uterina durante la segunda mitad de gestación con la amenaza de parto pre término, ya que al realizar nuestra investigación la misma se manifestó como diagnóstico adjunto, en un porcentaje del 21.67% de las pacientes ingresadas.

Lo manifiesta Peña G. según su tesis que lleva como título Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora- Quito, entre Enero-Diciembre del 2011, con un total de 50 pacientes con dicho diagnóstico como muestra con un universo de 252 pacientes, a las que se relacionaron a variables tales como la edad, procedencia, paridad, volumen de sangrado, tipo de inserción placentaria, terminación del embarazo, patologías adicionales, complicaciones post parto entre otros; de lo cual resalta que en un 40% de las pacientes presentaban edades comprendidas entre los 31 a 40 años, sus principales factores de riesgo eran la procedencia urbana 64%, multíparas 88 %, raza negra 12%, inserción placentaria-oclusiva total 42 %, cesárea 100%, pérdida sanguínea de 500 a 999 cc 80% y la mayor complicación histerectomía 44%, finalmente las patologías sobreañadidas, la anemia con un 30% (27).

Si bien no se considera el número de controles prenatales destacado anteriormente como uno de los principales factores de la presentación de la hemorragia durante la segunda mitad de embarazo, hay que recalcar que la edad en las que se presentó el problema son en aquellas mujeres mayores a 31 años como lo habíamos indicado en presente estudio, de igual manera observamos que la placenta previa llevo a complicaciones tales como la anemia en un 30% del total de las pacientes; observamos también que el 88% de las pacientes que presentaron hemorragia fueron multíparas, comparado con nuestro análisis en el que el 40% de las mujeres lo presentaron y en el que se considera a la placenta previa como segunda causa más importante del sangrado uterino en la segunda mitad de embarazo.

De manera global podemos observar que las diferentes variables que se consideraron en el presente estudio estuvieron presentes en otros estudios, si



bien algunos con mayor frecuencia en algunas variables, pero la mayoría de las pacientes con tal diagnóstico fueron en personas de edad más avanzada, el síndrome anémico se manifiesta en un buen porcentaje, es importante considerar que tanto las nulíparas como en las multíparas la presencia del problema y finalmente considerar que las dos principales formas de manifestación de la hemorragia, son el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y la placenta previa tomando como principal a la primera.



## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 Conclusiones:

Finalizado el proceso investigativo, de acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio, se concluye que:

- La mayor parte de la población etaria diagnosticada con hemorragia en el segundo periodo de gestación, incurre en aquellas mujeres que cuentan con un estado civil de casada 40%, se puede sospechar de la coexistencia o influencia de aspectos psicológicos que influyan en la presencia de esta complicación.
- Existe una mayor tendencia a sufrir de hemorragia en el segundo período de gestación a partir de los >31 años de edad 38,33%, es decir el riesgo aumenta según la edad sea mayor.
- La frecuencia de la paridad se denota como aspecto importante de estudio investigativo, considerando que el mayor porcentaje incide en gran medida en aquellas mujeres multíparas con el 40% y en las nulíparas con el 38,38%.
- La presencia de controles prenatales son importantes según lo establecido y se manifiesta en lo investigado, ya que en aquellas mujeres con controles con una periodicidad de óptimo/>5 el problema se presentaba en un porcentaje de 8.33%, a comparación del otro extremo en las cuales el control era nulo o deficiente y que va de la mano con la presencia de la hemorragia uterina durante la segunda mitad de gestación.
- Las patologías más frecuentes de la segunda etapa de gestación está asociada en primer lugar con un desprendimiento prematuro de la



placenta normo inserta, en un 43,33%; de igual manera la placenta previa le sigue con un porcentaje de 26.67%; coincidiendo así con los estudios como las dos principales causas de la morbi-mortalidad materno-perinatal.

- Correlacionando las características clínicas con las patologías se encontró a pacientes con diagnóstico de DPPNI, placenta previa, mola persistente, APP, rotura del seno marginal que acudieron por presentar sangrado en un 58,33%, seguido por secreción transvaginal en un 20%.
- Según la condición socioeconómica, la media (cuenta con todos los servicios básicos) acudió con un 65%, y la baja con un 26.67% sin contar con teléfono o alcantarillado.
- Se observa en el ámbito de antecedentes patológicos la presencia de infecciones en un 40%, mayoritariamente de la población investigada.
- De las complicaciones maternas, la mayoría de las pacientes no presentó ninguna complicación con un 51,66% y el 36,67% presentó síndrome anémico.

## 7.2 Recomendaciones:

Una vez abordado el tema de manera íntegra, se puede llegar a determinar las diferentes falencias que afectan al embarazo para que se genere la hemorragia durante la segunda mitad del mismo y que no solo se presenta como problema actual; por lo que se puede recomendar:

- Aportar mayor información sobre los riesgos posibles a los cuales se exponen durante el embarazo, dependiendo del estado clínico, físico, psicológico de cada una de las pacientes.



- Concientizar a las gestantes de cuán importante es llevar un control cada cierto tiempo durante su embarazo.
- Indicar claramente cuales son signos de alarma y que requieren atención emergente.
- Sensibilizar cuando es el momento oportuno de un embarazo, tomando en cuenta la edad, número de embarazos, antecedentes, etc.
- Manejarse según como estipulan los protocolos y normas de atención durante la presencia del problema.



## CAPITULO VIII

### 8. BIBLIOGRAFIA

#### 8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Calle Calle LA. Histerosonografía en el diagnóstico de patologías endometriales en pacientes con hemorragia uterina anormal, en el Hospital José Carrasco Arteaga. 2012. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5196/1/MEDI10.pdf>.
2. León Pino JdC, García Mazorra M, Sáez Cantero VdC, Rodríguez Jorge M. Hemorragia uterina disfuncional en la adolescencia. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2011; 9(5).
3. Yépez Mosquera RP. Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero 2013. 2013. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1820/1/TESIS%20HEMORRAGIAS%20UTERINAS%20DEL%20TERCER%20TRIMESTRE%20DE%20EMBARAZO.pdf>.
4. Reynosa-Oviedo Y, López-Vera EA, Bazaldúa-Cruz JJ, Martínez-Salazar GJ. Eficacia y seguridad del taponamiento uterino para control de hemorragia y disminución de histerectomía obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015 Julio-Septiembre; 66(3).
5. Álvarez Mesa C. Hemorragia uterina anormal en edades extremas. Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia. 2012; 20.
6. Acho-Mego SC, Pichilingue JS, Díaz-Herrera JA, Paredes-Salas JR. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 201; 57(4).
7. Consejo de Salubridad General. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/322\\_I\\_MSS\\_10\\_Hemorragia\\_uterina\\_disfuncional/EyR\\_IMSS\\_322\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/322_I_MSS_10_Hemorragia_uterina_disfuncional/EyR_IMSS_322_10.pdf). [Online].; 2016 [cited 2016 Marzo 23. Available from: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/322\\_I\\_MSS\\_10\\_Hemorragia\\_uterina\\_disfuncional/EyR\\_IMSS\\_322\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/322_I_MSS_10_Hemorragia_uterina_disfuncional/EyR_IMSS_322_10.pdf).



8. Calvo R. <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co>. [Online]. [cited 2016 Marzo 22. Available from: [http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/HEMORRAGIA\\_UTERINA\\_ANORMAL.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/HEMORRAGIA_UTERINA_ANORMAL.pdf)
9. Hoffman B, Shorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. Sangrado uterino. In Hoffman B, Shorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. Williams Ginecología. Medico D.F.: McGrawhill; 2014. p. 219.
10. Sangrado Uterino Anormal: Guía para pacientes. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. 2013.
11. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Embarazo patológico. In Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo; 2014. p. 193.
12. Sanín Blair JE, Campo Campo MN. Definición y clasificación de las hemorragias obstétricas. In Cabera Roura L, Saldívar Rodríguez D. Hemorragias obstétricas. Madrid: Ergon; 2013. p. 3.
13. Adams Hillar P. Enfermedades benignas del aparato reproductor femenino. In Berek J. Ginecología. Philadelphia: Wolter Kluwers; 2015. p. 374.
14. Kim M, Hayashi R, Gambone J. Hemorragia obstétrica y sepsis puerperal. In Hacker N, Gambone J, Hobel C. Ginecología y obstetricia. Bogotá: Manual Moderno; 2011
15. Perez Herrezuelo I, Aguilar Romero MT, Hurtado Moya ML. <http://www.hvn.es/>. [Online].; 2013 [cited 2016 Marzo 25. Available from: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/curso2011\\_mmf\\_03placenta\\_acreta.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_03placenta_acreta.pdf)
16. Beckmann C, Ling F, Herbert W. Amonorrea y hemorragia uterina anómala. In Beckmann C, Ling F, Herbert W, Laube D, Smith R, Casanova R, et al. Obstetricia y ginecología. Barcelona: Wolter Kluwer; 2015. p. 349-353.
17. Dávila Camacho LR. Hemorragia uterina disfuncional y su incidencia en la atención del Hospital "Abel Gilbert Pontón", en el periodo de junio a diciembre/2012. 2014. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/2088>.



18. Usandizaga JA. Hemorragias uterinas disfuncionales. In Usandizaga Beguiristáin JA, de la Fuente Pérez P. Ginecología. Madrid: Marban; 2011. p. 789.
19. Lailla Vicens JM. Alteraciones del ciclo menstrual. Clasificación. Amenorreas. Hemorragias uterinas anormales. In González-Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. Ginecología. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p. 145.
20. Pozo Ávalos, Arturo; Castellano Benalcázar, Geoconda Mónica; Quilumba Guamán, María Soledad. Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Básico de Machachi, en el período de 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2011. 2012. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2177/1/T-UC-0006-57.pdf>
21. González-Merlo, J; Lailla Vicens, J. M.; González, Fabre; González Bosquet, E. Obstetricia. Editorial Elsevier. 2014. 6ta ed.
22. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126o.pdf>
23. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009)
24. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a04v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf)
25. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14323/406144.pdf?sequence=1>
26. [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9330.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9330.pdf)
27. <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/51/3/VICTOR%20VASQUEZ%20GUTIERREZ%20-%20HEM%20DE%20LA%20SEGUNDA%20MITAD%20DEL%20EMBARAZO.pdf>
28. Nápoles, D., Consideraciones prácticas sobre la hemorragia peri parto (Medisan 2012;1687): 1024 [Internet] 2012 [ Citado en 12 de marzo 2016] Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_7\\_12/san13712.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san13712.pdf)
29. Peña G., Salazar G., Zambrano Z., Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa, en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito, durante el



- período comprendido entre enero –diciembre 2011 [Tesis para optar el título de Magister] Universidad Central de Ecuador.
30. E: Arce, R., Calderon E., Cruz P., Diaz M., Medecigo L. Guía de practica Hemorragias obstétrica en la segunda mitad del embarazo 2012 Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc 2012; 50(6): 637 -682
  31. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, de la Cruz-Mejía L. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005. ¿Azar o resultado de acciones específicas? Rev. Med Instó Mex Seguro Soc 2008;46(2):211-218. Disponible en [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gr\\_a/A109.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A109.pdf)
  32. Suárez González Juan Antonio, Gutiérrez Machado Mario, Corrales Gutiérrez Alexis, Benavides Casal María Elena, Carlos Tempo Alberto. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev. Cubana Obste Gineco. [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Mar24]; 36(2): 4-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2010000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000200002&lng=es).
  33. Yépez R., Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, hospital obstétrico Enrique C. Sotomayor [Tesis para optar título de Obstetra] 2013 Universidad de Guayaquil. 2013.
  34. Región Ayacucho Guía de atención de emergencias obstétricas 2004 pág. 49.
  35. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gyne-col. 2006; 108 (4):1005-1016.
  36. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2003: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2006; 108(4): 1039-1047.
  37. Clouqueur E, Rubod C, Paquin A, Devisme L, Deruelle P. Placenta accreta: diagnostic et prise en charge: état des lieux dans une maternité de type 3.
  38. Lewis JL Jr. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. Cancer 1993;71(Supl 4):1639-47.

## CAPITULO IX

### 9. ANEXOS

#### 9.1 ANEXO I

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características demográficas	Edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación.	Repercusión de las características demográficas en la atención de salud de la mujer embarazada.	Edad	<15 años 16-20 años 21-25 años 26-30 años > 30 años
			Estado civil	Soltera Casada Unión estable
			Nivel de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
			Ocupación	Ama de casa Trabajadora
Embarazos	Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto	1er embarazo 2do embarazo 3 o mas Más de 5	Nulípara Secundíparas Multíparas Gran multíparas	1 2 3-5 Más de 5
Controles prenatales	Consultas a partir del diagnóstico del embarazo.	Comprobación evolución embarazo	Deficiente Eficiente Óptimo	<2 controles 3-5 >5 controles
Motivos de consulta	Causa que mueve a la consulta médica	Control periódico Síntoma anormal	Control pre-natal Sangramiento uterino	Sí- No Sí- No
Antecedentes patológicos	Atributos o características	Probabilidad de sufrir daño,	HTA Tabaquismo	Sí- No Sí- No



	que confiere a la persona un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad.	enfermedad o muerte en presencia de determinadas circunstancias .	Edad avanzada Gestación múltiple Nutrición inadecuada Infecciones Traumas Uso de drogas Condicion socioeconómicas	Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No
Complicaciones maternas	Hemorragia transvaginal luego de las 20 semanas de gestación.		Shock hipovolémico Sd. Anémico Óbito Fetal Muerte materna	Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No
Patologías clínicas	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad		Placenta previa Desprendimiento prematura de la placenta Ruptura uterina Rotura de seno marginal Vasa previa Placenta circunvalada Placenta succenturiada Placenta membranacea	Sí- No Sí- No  Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No
Características clínicas	Signo clínico a cualquier manifestación objetivable consecuente a una enfermedad o alteración de la salud, y que se hace evidente en la biología del enfermo.		Sangrado oscuro Sangrado rojo indoloro Dolor abdominal Secreción transvaginal Contracciones uterinas Otros	Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No Sí- No



## 9.2 ANEXO II

### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° FORMULARIO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
 N° HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

#### 1. EDAD MATERNA

<15 AÑOS	
16-20	
21-25	
26-30	
>31 AÑOS	

#### 2. PARIDAD

NULIPARA	
SEGUNDIPARA	
MULTIPARA	
GRAN MULTIPARA	

#### 3. CONTROLES PRENATALES

DEFICIENTE/<2	
EFICIENTE/3-4	
OPTIMO/>5	

#### 4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

HTA	
TABAQUISMO	
EDAD AVANZADA	
GESTACION MULTIPLE	
NUTRICION INADECUADA	
INFECCIONES	
TRAUMAS	
USO DE DROGAS	
OTROS	

#### 5. PATOLOGIAS CLINICAS

PLACENTA PREVIA	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA	
ENF. TROFOBLASTICA (MOLA PERSISTENTE)	
ROTURA DEL SENO MARGINAL	
APP	
OTROS	



## 6. COMPLICACIONES MATERNAS

<b>SHOCK HIPOVOLEMICO</b>	
<b>SD ANEMICO</b>	
<b>OBITO FETAL</b>	
<b>MUERTE MATERNA</b>	
<b>NINGUNA</b>	

## 7. CONDICION SOCIECONOMICA

<b>ALTA</b>	
<b>MEDIA</b>	
<b>BAJA</b>	

## 8. CARACTERISTICAS CLINICAS

<b>SANGRADO</b>	
<b>DOLOR ABDOMINAL</b>	
<b>CONTRACCIONES UTERINAS</b>	
<b>SECRECION TRANSVAGINAL</b>	
<b>AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES</b>	
<b>OTROS</b>	



9. ESCOLARIDAD

<b>PRIMARIA</b>	
<b>SECUNDARIA</b>	
<b>SUPERIOR TERCER NIVEL</b>	
<b>SUPERIOR CUARTO NIVEL</b>	
<b>ANALFABETISMO</b>	

10. ESTADO

CIVIL

<b>CASADA</b>	
<b>SOLTERA</b>	
<b>VIUDA</b>	
<b>DIVORCIADA</b>	
<b>UNION LIBRE</b>	

11. OCUPACION

<b>AGRIGULTURA</b>	
<b>COCINERA</b>	
<b>COMERCIANTE</b>	
<b>COSTURERA</b>	
<b>DOCENTE</b>	
<b>EMPLEADA DOMESTICA</b>	
<b>ESTUDIANTE</b>	
<b>Q.Q.D.D.</b>	



### 9.3 ANEXO III

## AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS  
COMISIÓN DE PROYECTOS DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN C.P.I

Lcda. Adriana Verdugo S., Mgt. PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

### I N F O R M A

Que, los estudiantes Lizbeth Coronel Vera y Max Déleg Aucapiña, como requisito previo a la obtención del título de fin de carrera en la Facultad de Ciencias Médicas, presentaron el protocolo de proyecto de investigación titulado "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSOS-CUENCA 2016.", el mismo que fue aprobado el 21 de junio de 2017 debiendo presentar su proyecto de investigación el 21 de diciembre de 2017.

Cuenca, 10 de julio de 2017.

Lcda. Adriana Verdugo S., Mgt.  
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

## 9.4 ANEXO IV

### AUTORIZACION PARA HISTORIALES CLINICOS

Cuenca, 13 de Julio del 2017

Doctora Viviana Barros

PRESIDENTE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO".

Su despacho

De mis consideraciones

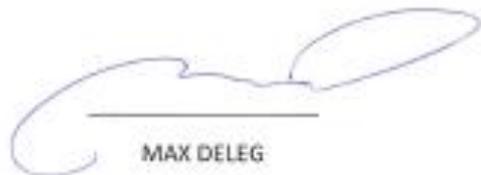
Por medio de la presente nosotros Lizbeth Estefanía Coronel Vera y Max Vladimir Deleg Aucapiña, internos rotativos del presente año, nos dirigimos a usted para solicitarle de la manera más encarecida el ingreso y de igual manera el acceso a historiales clínicos de pacientes que fueron hospitalizadas durante el año 2015-2016 en el área de Gineco Obstetricia del Hospital "Vicente Corral Moscoso" para continuar con la elaboración de nuestra tesis previa a la obtención de título de médicos general, la misma que tiene por tema "CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE GESTACION. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO-CUENCA 2016" y que a su vez ha sido aprobada por el consejo directivo, luego de haber seguido el regimen correspondiente y que se adjunta copia del mismo con la presente.

Esperando que la misma tenga la favorable acogida, me despido de usted sin antes desearte éxitos en sus labores que tan acertadamente las cumple.



LIZBETH CORONEL

0106429806



MAX DELEG

0104850664





## 9.5 ANEXO V

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

#### FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

#### ESCUELA DE MEDICINA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROYECTO DE INVESTIGACION

TITULO: “**CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION. “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” – CUENCA 2016.**”

**FECHA DE APROBACION:** 21/JUN./2017

**FECHA DE**

**TERMINACION:** 21/SEPT./2017

**AUTORAS:** Lizbeth Estefanía Coronel Vera; Max Vladimir Deleg Aucapiña

**DIRECTOR:** DOCTOR Jorge Mejía.

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>HORAS</b>	<b>FIRMA</b>
<b>21/06/2017</b>	APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION C. DIRECTIVO		
<b>26-30/07/2017 01-09/07/2017</b>	AISLAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS CON EL DIAGNOSTICO EN ESTUDIO-ARCHIVOS DE ENRO A DICIEMBRE 2016	60 HORAS	
<b>10-31/07/2017 01-04/08/2017</b>	SELECCIÓN DE HISTORIAS CLINICAS CLINICAS Y REVISION DE LAS MISMAS	90 HORAS	
<b>07-13/08/2017</b>	ELABORACION DE BASE DE DATOS DE MES A MES Y ELABORACION DE CUADROS ESTADISTICOS CON EL DIRECTOR/ASESOR	40 HORAS	
<b>14-18/08/2017</b>	INTERPRETACION DE CUADROS CON EL DIRECTOR/ASESOR	30 HORAS	
<b>21-27/08/2017</b>	REVISION DE DISCUSION, CONCLUSIONES Y REACOMENDACIONES CON DIRECTOR/ASESOR	60 HORAS	



<b>28-31/08/2017</b> <b>01-03/08/2017</b>	REVISION FINAL DE LA TESIS CON LA DIRECTORA/ASESOR.	40 HORAS	
<b>04-10/09/2017</b> <b>11-17/09/2017</b>	CORRECCIONES DE LA TESIS FINAL	50 HORAS	
<b>18-21/09/2017</b>	REVISION Y APROBACION DEL PROYECTO FINAL CON EL DIRECTOR/ASESOR.	30 HORAS	

DOCENTE; DOCTOR JORGE MEJIA FECHA 22/SEP./2017