



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA



# TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

## TEMA

“MANEJO DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL COMPONENTE MATERNO-NEONATAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN USUARIAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO-OCTUBRE 2014”

## AUTORES

MURILLO BERMUDEZ LEONELA STEFANIA  
ZAMORA GARCIA JUAN CARLOS

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION  
DR. JHON PONCE ALENCASTRO MDI

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2015

## TEMA

“MANEJO DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL COMPONENTE MATERNO-NEONATAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN USUARIAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO-OCTUBRE 2014”

## DEDICATORIA

A Dios por sobre todas la cosas por haberme permitido llegar a este momento y haberme guiado en mis pasos para lograr mis objetivos.

A mis padres Ing. José Zamora, Sra .Estilita García, por haberme apoyado siempre, a pesar de las adversidades de la vida por sus consejos, sus valores, y apoyo. A mis Hermanos, José, Liliana, Leticia, Loraine, Lucy. A los que confiaron en mí.

ZAMORA GARCIA JUAN CARLOS

## DEDICATORIA

Agradezco a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades.

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mi tía, a quien quiero como a una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

MURILLO BERMÚDEZ LEONELA STEFANIA

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios porque es nuestro guía y nos motiva a seguir de forma positiva cada día en no rendirnos y ser mejor persona.

Un agradecimiento condicional a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, gracias a esta prestigiosa institución la cual nos abrió sus puertas para prepararnos y formarnos, para ser profesionales y poder fomentar la profesión a las personas que necesiten.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación por guiarnos en la elaboración de este trabajo.

Al Hospital Verdi Cevallos Balda y a nuestros padres, hermanos y demás familiares y amigos por habernos brindado todo el apoyo necesario en la culminación de nuestra carrera.

ZAMORA GARCIA JUAN CARLOS  
MURILLO BERMÚDEZ LEONELA STEFANIA

## CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DR. JHON PONCE ALENCASTRO MG.SC certifico que la presente modalidad trabajo investigativo titulada: “Manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y cumplimiento de las normas del componente materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública en usuarias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, mayo-octubre 2014”. Este trabajo es original de los autores: MURILLO BERMÚDEZ LEONELA STEFANIA, ZAMORA GARCIA JUAN CARLOS, el que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento de graduación de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

.....  
DR. JHON PONCE ALENCASTRO MDI  
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y  
EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA. “Manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y cumplimiento de las normas del componente materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública en usuarias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, mayo-octubre 2014”

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MEDICO CIRUJANO.  
APROBADO

.....  
DRA. YIRA VÁSQUEZ GILER MN  
DECANA DE LA FACULTAD

.....  
DR. ABNER BELLO MOLINA  
SECRETARIO ASESOR JURÍDICO

.....  
DRA. INGEBORD VELIZ ZEVALLOS, MGs  
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE MEDICINA

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y  
EVALUACIÓN**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA. “Manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y cumplimiento de las normas del componente materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública en usuarias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, mayo-octubre 2014”**

**TESIS DE GRADO**

**Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:  
MEDICO CIRUJANO.**

**APROBADA**

.....  
**Dr. Hugo Loor Lino, ESP  
PRESIDENTE TRIBUNAL DE TESIS**

.....  
**Dr. Fidel Mendoza Mendoza, ESP  
MIEMBRO TRIBUNAL DE TESIS**

.....  
**Dr. Jorge Cañarte Alcívar, MIC  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS**

.....  
**Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI  
DIRECTOR DE TESIS**

## DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR

Los egresados de la carrera de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí: ZAMORA GARCIA JUAN CARLOS Y MURILLO BERMUDEZ LEONELA, hemos realizado la tesis en la modalidad de trabajo investigativo titulada: “Manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y cumplimiento de las normas del componente materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública en usuarias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, mayo-octubre 2014”. Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro proyecto y asumimos todo tipo de responsabilidad q la ley señala para el efecto.

.....  
ZAMORA GARCIA JUAN  
AUTOR

.....  
MURILLO BERMUDEZ LEONELA  
AUTOR

# ÍNDICE

CONTENIDOS	PAG.
PORTADA	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN	v
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.	vi
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	viii
ÍNDICE	ix
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
OBJETIVOS.	5
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	6
VARIABLE Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	21
CAPITULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO	25
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	28
GRAFITABLAS	29
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
CRONOGRAMA VALORADO	55
PROPUESTA	56
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	71

## RESUMEN

En Portoviejo se realizó una investigación titulada: “Manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y cumplimiento de las normas del componente materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública en usuarias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, mayo-octubre 2014”, cuyo objetivo general fue comprobar el cumplimiento de las normas en el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo en las usuarias atendidas y cuyos objetivos específicos fueron: Caracterizar a la población objeto de estudio en función de edad, etnia, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes patológicos familiares, personales y controles prenatales, determinar el nivel de conocimiento del componente materno neonatal en el personal médico para el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo, indagar el manejo de las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, evaluar el cumplimiento de las normas del componente materno neonatal e implementar elementos propuesto médico legal para el mejoramiento de la toma de decisiones del personal médico en el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo. La investigación fue de tipo descriptiva, prospectiva, el método observacional y analítico. El Universo y muestra estuvo compuesto por 50 Usuaris del Proceso de Gineco-Obstetricia y 20 Médicos Tratantes y Residentes. Se concluyó que no se ha capacitado en normas de atención para el mejoramiento de la toma de decisiones del personal médico en el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo por lo que se recomendó capacitar al personal médico con normas del Ministerio de Salud Pública.

**PALABRAS CLAVES: HEMORRAGIA,-MANEJO- EMBARAZO-COMPONENTE.**

## SUMMARY

In Portoviejo this research was conducted entitled "Management of bleeding in the third trimester and compliance of maternal and neonatal component of the Ministry of Health in users of Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, May-October 2014", whose general objective was to verify compliance with the standards in the management of bleeding in the third trimester of pregnancy in target users and the specific objectives were: To characterize the study population in terms of age, ethnicity, education, marital status, occupation, family, personal and antenatal medical history, determine the level of knowledge of neonatal maternal component in medical personnel for the management of bleeding in the third trimester of pregnancy, investigate the management of bleeding in the third trimester, evaluate the compliance of neonatal maternal component and implement forensic elements proposed for improving decision-making of medical personnel in the management of bleeding in the third trimester of pregnancy. The research was descriptive, prospective type, observational and analytical method. The Universe and sample consisted of 50 Process For users Obstetrics and Gynecology 20 traffickers and Resident Doctors. It was concluded that has not been trained in standards of care for improving decision-making of medical personnel in the management of bleeding in the third trimester of pregnancy so it is recommended to train medical personnel to Ministry of Public Health.

**KEYWORDS: BLEEDING, -MANEJO- PREGNANCY-COMPONENT.**

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica es la pérdida excesiva de sangre superior a los 500 cc que requiere tratamiento urgente de reposición de líquido por vía endovenosa y/o transfusión de sangre puede presentarse durante el estado gravídico o puerperal entre las causas más frecuentes son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, la rotura uterina, rotura de vasa previa y de rotura del seno marginal. (Carlin, 2006)

La Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 529.000 muertes maternas al año, de las cuales 166.000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas, más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras cuatro horas post-parto. (OMS, 2004)

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, ocurre aproximadamente entre un 0,4 y un 3,5 por ciento de todos los partos, la forma grave de las hemorragias uterinas, que produce la muerte del feto, según un informe la frecuencia del desprendimiento prematuro de placenta es casi uno de 200 partos. (MSP, 2007).

En Ecuador en el 2006 la hemorragia post-parto ocupó el segundo lugar como causa de 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. (MSP, 2007).

La presente investigación es de tipo retrospectivo, descriptivo, y de diseño no Experimental, tratar de conocer la prevalencia de las hemorragias uterinas del tercer trimestre en pacientes embarazadas que ingresaron al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda” en la ciudad de Portoviejo de Mayo del 2014 a Octubre del 2014.

## JUSTIFICACIÓN

Aquellas épocas cuando casi todas las embarazadas tenían entre 20 y 25 años, e incluso muchas eran adolescentes, han quedado atrás. Hoy en día el divorcio es más común también y muchas mujeres tienen niños con su segundo esposo, a menudo, cuando cursan los 30 o 40 años (y algunas a veces hasta más de 50). Muchas mujeres de más de 35 años tienen embarazos saludables, sin problemas y tienen bebés sanos; sin embargo para estas mujeres, la edad puede influir en el embarazo.

Dichas mujeres desean saber por qué razón el embarazo en una mujer que se encuentra en la tercera o cuarta década de la vida se considera “de mayor riesgo”. La realización del presente trabajo de investigación fue por el hecho de madres que sufren mucho por las grandes hemorragias que sufren una gestación de alto riesgo y aunque la incidencia del mismo según cifras mundiales está en aumento, en nuestro país hay una falta de información sobre el tema y cuenta con ninguna referencia estadística, por lo que nuestra investigación se considera relevante para conocer datos de la actualidad y además sería un apoyo para nuevos trabajos;

Por otro lado nos propusimos demostrar que junto con un equipo multidisciplinario y con el uso racional de los recursos disponibles y el precoz, sistemático, periódico y riguroso control prenatal de estas pacientes, podemos mejorar de manera significativa los índices materno-fetales. Tomando en cuenta estos antecedentes esta investigación establece las características del embarazo en hemorragias del tercer trimestre y repercusiones materno-fetales en usuarias atendidas en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Mayo a Octubre 2014.

En el Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda no se encuentran referencias sobre la aplicación de las normas materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública, por lo cual se realiza esta investigación para describir a los pacientes que presenten estas patologías y complicaciones y hacer que se cumpla con el protocolo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud reporte que existe en el mundo 536.000 muertes maternas al año de las cuales 140.000 son originadas por hemorragias obstétricas representando el 25% del total de las muertes maternas. (Deneux, 2005).

Más del 50% de estas muertes maternas se presentan en las primeras 24 horas post parto. Actualmente se considera hemorragia masiva cuando una paciente requiere la reposición de 10 o más paquetes globulares para su manejo en un término de 24 horas. Estadísticamente en países subdesarrollados como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35% de las mujeres, conociendo la no asistencia periódica a los controles prenatales hace que las hemorragias obstétricas presentes en el embarazo provoquen riesgos en la salud materna y perinatal, la vigilancia, el seguimiento es primordial a fin de evitar que la gestación no salga de los límites fisiológicos y en caso de suceder estas sean detectadas en sus fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el manejo adecuado y reducir la tasa de morbilidad y mortalidad de las embarazadas. (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Las principales causas de hemorragia del tercer trimestre son la Placenta Previa (PP), el Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) y la Ruptura Uterina (RU). Se presentan con una frecuencia de 0.4% a 0.6%, 0.52% a 1.29%; y 0,02% a 0,08% respectivamente. La edad materna avanzada y la multiparidad parecen ser factores predisponentes de estos cuadros. (Ko, 2007).

De acuerdo a lo descrito anteriormente nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cómo se comprueba el cumplimiento del componente materno neonatal para la toma de decisiones en el manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo en usuarias atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Mayo-Octubre 2014.

## SUBPREGUNTAS

¿Cómo se caracteriza la población objeto de estudio en función de edad, etnia, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes patológicos familiares, personales y controles prenatales?.

¿Cuál es el nivel de conocimiento del componente materno neonatal en el personal médico para el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo?.

¿Cómo es el manejo de las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo?

¿De qué manera se cumplen las normas del componente materno neonatal?

¿Qué elementos médicos legales aportaría para la estructuración de una propuesta, para el mejoramiento de la toma de decisiones del personal médico en el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo?.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Comprobar el cumplimiento del componente materno-neonatal para la toma de decisiones en el manejo de las hemorragia del tercer trimestre del embarazo en usuarias atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo –octubre 2014.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a la población objeto de estudio en función de edad, etnia, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes patológicos familiares, personales y controles prenatales.

Determinar el nivel de conocimiento del componente materno neonatal en el personal médico para el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo.

Indagar el manejo de las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo.

Evaluar el cumplimiento de las normas del componente materno neonatal.

Implementar los elementos médico legales para la estructuración de una propuesta educativa para el mejoramiento de la toma de decisiones del personal médico en el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

El ciclo menstrual normal tiene una duración de 28 días  $\pm$  7 días, con un flujo menstrual de una duración de 4 días  $\pm$  2 días y una pérdida promedio de 40  $\pm$  20 ml. Siendo que un 90% de las mujeres muestran sangrados menstruales menores a 80 ml. Los sangrados uterinos anormales causan un impacto en la vida de muchas mujeres. Se estima que en el Reino Unido 1 de 20 mujeres de 30 años consulta a su médico general cada año por episodios de menorragias y 1 de cada 5 mujeres recibirán una histerectomía antes de los 60 años, siendo el 50% realizada debido a sangrado uterino anormal. En total se considera que la mitad de estas mujeres presentan úteros normales. (Hickey, 2004)

Las hemorragias uterinas son una de las complicaciones graves del embarazo, presentan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal de un 6 a 10% a nivel mundial. El Ecuador conserva una de las tasas más engrandecidas de la región con un 5,9% (8 muertes) desprendimiento prematuro de placenta y (2,2% 3 muertes) placenta previa, 18 consecuencia de variados factores:

La hemorragia de la segunda mitad de la gestación, o hemorragia anteparto, se define como el sangrado del tracto genital en la segunda mitad de la gestación, pero antes del nacimiento fetal. Es causa demostrativa de mortalidad perinatal y morbilidad materna y se presenta en el 3,5% de todos los embarazos. La primordial causa es el abrupcio de placenta seguido por la placenta previa, la vasa previa y la ruptura uterina. Sin embargo, cerca del 50% de los casos de hemorragia anteparto, la etiología no se conoce. (Ngeh, 2006).

La mortalidad ocurre cinco veces más en estos casos. Las causas más habituales concernidas con la gestación son: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, pero representada como otra causa, es la rotura uterina, rotura de seno marginal y rotura de vasa previa.

En el embarazo cualquier hemorragia genital debe denominarse patológica, las hemorragias en el tercer semestre del embarazo y el parto son dificultades serias y se

consideran entre las causas habituales de mortalidad materna. Inciden en un 5% de los embarazos después de la semana 28, es preciso destacar que una hemorragia originariamente insuficiente y supuestamente no peligrosa consigue tornarse en pocos minutos, tanto por un tacto vaginal o por un examen con espéculo en una hemorragia, el margen del riesgo fetal exige concluir de manera urgente la gestación.

Integralmente un 80% tienen un comienzo en la placenta, un 10% en procesos benignos o malignos de cuello, vagina y vulva.

Se define como la separación prematura de la placenta normoinserta de la pared uterina (decidua basalis), en forma parcial o completa, antes del nacimiento del feto. Este fenómeno también se le llama de ablatio placentae o hemorragia accidental, para diferenciarlo de la hemorragia ocasionada por las placentas previa y marginal (anormalmente insertadas). (Hoyt, 2006)

Uno de los objetivos identificar los principales orígenes de sangrado vaginal en el tercer trimestre del embarazo, examinar causas urgentes y enfoques de administración. Se puntualiza como sangrado del tracto genital cuando se muestra entre la semana 24, hasta la primera y segunda fase del trabajo de parto.

Como resultados perinatales tenemos prematuros y de muertes perinatales, peligro para la vida materna, morbilidad quirúrgica, complica el 6% de los embarazos. Las hemorragias uterinas son de mucho valor y se reportan como una de las complicaciones más graves del embarazo, demuestran una alta tasa de morbilidad y mortalidad materno fetal. Complican un 6 a 10% de todas las gestaciones. Una hemorragia menor puede poner en peligro la vida. (Lethaby, 2004)

La porción periférica del espacio intervelloso o rotura del seno marginal, es causa discutible de pérdida de sangre. La eliminación del moco cervical es de procedencia poco frecuente de hemorragia en la etapa final del embarazo. Aquí se agruparan tres causas importantes de hemorragia: el desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, ruptura uterina.

La hemorragia uterina originaria de un área hacia lo alto del cuello uterino es motivación de ansiedad, puede seguir a cierto grado de apartamiento de una placenta establecida en la vecindad inmediata del conducto cervicouterino: placenta previa.

Entre las causas y factores que pueden producir una hemorragia de tipo obstétrica tenemos la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta placenta acreta, placenta increta, o placenta percreta, asimismo a los traumatismos mientras se realiza el trabajo de parto, un parto vaginal complicado, cesárea o histerectomía, acrecentamiento del riesgo de rotura uterina por cicatriz uterina previa, paridad alta, hiperestimulación, manipulación intrauterina, como volumen sanguíneo materno constan la preeclampsia grave y eclampsia. Atonía uterina se refiere a un feto grande, fetos múltiples, hidramnios, corioamnionitis y atonía uterina previa y otros factores como obesidad y hemorragia postparto previa. (Méndez, 2008).

El abrupcio de placenta es la principal causa de hemorragia anteparto (30-35%). Se presenta en 0,4 a 1,3% de todos los embarazos y un riesgo asociado de muerte perinatal de 10 a 30%. Aproximadamente el 50% de los casos de Abrupcio placentae ocurren antes de las 36 semanas de gestación, traduciéndose en peores resultados fetales por la prematurez. Cerca de la mitad de muertes perinatales ocurren in útero. (Sakornbut, 2007)

Como la placenta se separa, la suplencia de oxígeno hacia el feto se interrumpe rápidamente, se produce hipoxemia, acidosis y, en casos extremados, muerte fetal. Las principales dificultades reportados en la madre son falla renal por choque hipovolémico, coagulopatía de consumo y trombocitopenia. El coágulo retroplacentario desata la formación de productos de degradación de fibrina y dímero D que se colocan en los vasos pequeños de los diferentes órganos y sistemas causando isquemia. La hipoxia tisular relacionada a la hemólisis microangiopática origina la mayoría de complicaciones de la coagulación intravascular dispersada, tales como falla renal, hipoperfusión pulmonar, hemorragia posparto, necrosis pituitaria posparto y diátesis hemorrágica. (Levi, 2007)

La manifestación clínica se identifica por la presencia de sangrado indoloro, rojo rutilante, episódico, en ausencia de actividad uterina y dolor. Suele ser autolimitado el

sangrado vaginal en los iniciales episodios, con eventos de sangrados posteriores de mayor intensidad. El volumen de sangrado tiene que ver con el tipo de placenta previa.

En esta entidad no se presenta hemorragia oculta como en el abrupcio de placenta, por lo que el sangrado demostrado en forma subjetiva es el que está mostrando la paciente, el feto en esta entidad se halla protegido debido a que el sangrado, a menos que se corresponda a vasa previa o abrupcio placentae, es exclusivamente de origen materno. (Carlin, 2006)

Las mujeres con referencia de pérdida fetal en el segundo trimestre, y las que soportan pérdidas fetales repetidas, tienen un riesgo 3 veces mayor de Abrupcio placentae. Otros factores que se asocian con elevación del riesgo hasta en 3 veces son: limitación del crecimiento intrauterino, historia familiar de tromboembolismo venoso y embarazo múltiple (5,9-6,5 por 1.000 partos simples frente a 12,2 por 1.000 partos múltiples). (Hoyt, 2006)

La placenta está establecida en el segmento uterino inferior de manera que el borde no llega al orificio interno pero se halla en proximidad al mismo y vasos previos: los vasos fetales transitan por las membranas y se presentan en el orificio cervicouterino.

El abrupcio placentae se encuentra en el 40% de los casos de trauma materno severo y en el 1 al 5% de los casos de trauma materno menor, siendo responsable del 70% de las pérdidas fetales en estos casos. La elasticidad del útero, en contraste con la severidad relativa de la placenta, establece una interface sensible para que se realice desprendimiento prematuro parcial o total de la placenta. (Williams, 2008).

1 por cada 200-300 embarazos mayor en multíparas más habitual y mayores de 35 años considerada como la segunda causa más frecuente de hemorragia genital. No se conoce las causas de la placenta previa, sin embargo es precisos tomar en cuenta como las referencias de haber adquirido placenta previa, multiparidad, edad avanzada, miomatosis uterina, embarazo gemelar, legrados, cicatrices uterinas previas o antecedentes de cesárea, infecciones uterinas. (Williams, 2008).

La hemorragia es frecuente en un 90% de los casos: sangre líquida roja rutilante, indolora, intermitente, se exterioriza en el tercer trimestre y es ocasionada por las contracciones de Braxton-hicks, los que ocasionan la formación del segmento inferior, los cuales desprenden el borde de la placenta produciendo la hemorragia en el espacio intervelloso, desapareciendo con el descanso, proporcionando el tiempo para el diagnóstico y programar el tratamiento.

Las enfermedades respiratorias agudas superiores, la neumonía viral y bacteriana, se han asociado a abrupcio placentario (RR 3,2, IC95% 3,0-3,4) con neumonía bacteriana o viral (RR 2,2, IC95% 1,9-2,4) y con la bronquitis crónica (RR 31,8, IC 95% 29,6-34,3). Realizando análisis estratificados según la raza, se demostró que el asma se asocia más con abrupcio en mujeres negras que en blancas. (Getahun, 2006).

Se ha encontrado riesgo elevado de Abrupcio placentae en mujeres con mutación en el gen de la angiotensina, mutación homocigota del gen de la betaína-homocisteína S-metiltransferasa (BHMT) (RRI 2,82, IC95% 1,84-4.97) y la mutación en la metilnetetrahidrofolato reductasa (MTHFR). (Zhang, 2007)

A través del examen clínico se puede hallar el feto en posición transversa o podálica, útero blando, presentación alta, al examinar soplo placentario en hipogastrio, al situar el espéculo, observación genital, descartar el tacto por sangrado.

En el diagnóstico ecográfico la ecografía abdominal nos ayuda a estar más seguro con un 95-98%, pero con el transvaginales estamos seguros en un 100%.

El diagnóstico diferencial con presencia de hemorragias de inicio ginecológico: exocervicitis, cacérvix, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina, ruptura de várices vaginales, en la actualidad el tratamiento es moderado y su culminación es por cesárea en vez de parto vaginal. El propósito del control de la paciente con placenta previa y embarazo pretérmino es reducir la morbi-mortalidad perinatal dada por las complicaciones del nacimiento de un feto prematuro. Hay que observar las indicaciones del Manejo conservador como: pérdida sanguínea menor de 500 ml, edad gestacional menor de 36 semanas y peso fetal calculado menor de 2.500 gramos, contar con óptima

salud materna y fetal, disposiciones hospitalarias para solucionar una emergencia quirúrgica.

Ocurre en 1: 2.500 - 6.000 nacimientos. La mortalidad perinatal depende del diagnóstico oportuno. Cuando el diagnóstico se hace en el control prenatal, el 97% de los fetos sobreviven, comparado con el 44% cuando no se diagnostica. (Carlin, 2006)

En contraindicación del manejo conservador observamos sangrado abundante, desprendimiento prematuro de la placenta, sufrimiento fetal, para lo cual se debe hospitalizar mínimo 72 horas y hacer permanecer a la paciente en reposo total, al confirmar el diagnóstico de placenta previa, la paciente permanecerá hospitalizada hasta que se decida lo contrario, permitiéndose el reposo y la deambulación en la sala al no repetirse la hemorragia.

Realizar maduración pulmonar con 12 mg IM de betametazona y dar la misma dosis a las 24 horas, iniciar uteroinhibición si se manifiesta actividad uterina acrecentada para la edad gestacional, por clínica o por monitoreo electrónico si se ausenta el sangrado las circunstancias maternas y fetales son estables la placenta previa no es mayor se puede vigilar ambulatoriamente. Si hay peligro de una nueva hemorragia se debe hospitalizar para precisar las acciones a tomar.

Debe continuar en el hogar con el reposo respectivo y no se puede tener relaciones sexuales. El manejo conservador debe concluir en una cesárea electiva, más que de urgencia entre las 37 y 38 semanas de gestación, si se necesita terminar la gestación antes de la semana 36 se debe demostrar la madurez pulmonar fetal a través del estudio del líquido amniótico.

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa con sangrado activo corresponde hospitalizar de manera urgente y cumplir las siguientes órdenes: canalizar una vena con un catéter de 16-18 y reponer de forma apropiada los líquidos y usar sangre de acuerdo a la necesidad, efectuar hemograma y hemoclasificación, comprobar la condición fetal por medio del monitoreo fetal, confirmar el diagnóstico por ecografía solo cuando la madre y el feto estén estables y la hemorragia en curso no sea grave. Una vez confirmado el

diagnóstico, delinear un plan para el momento y método del parto, mantener la hemoglobina mayor de 10 gramos y el hematocrito por encima del 30%. (Levi, 2007)

Hay que reflexionar sobre la eventualidad de realizar un parto por vía vaginal, cuando el feto está muerto, feto claramente previsible, malformaciones fetales mayores, trabajo de parto evolucionado con encajamiento de la cabeza fetal y trabajo de parto inicial con placenta previa menor.

Tener en mente la posibilidad de manejo conservador de la fertilidad con técnicas quirúrgicas diferentes a la histerectomía y dejar esta como último recurso. Se efectuará cesárea si la hemorragia es abundante y pone en peligro la vida de la paciente. (Cunningham, 2011)

Se debe primero hospitalizar, confirmar diagnóstico, reposo total en cama, control de signos vitales, cuantificación del sangrado hidratación, hemoclasificación y hemograma urgentes.

Es necesario tener sangre reservada y personal especializado para enfrentar las complicaciones que se presenten. Cuando existe placenta previa complicada con acretismo placentario se debe tener la certeza de contar con una buena cantidad de sangre compatibles para una emergencia, debe existir personal preparado y tener el concurso de otros especialistas, se debe tener el conocimiento informado y haber planificado la conducta de la paciente y su familia.

El desprendimiento prematuro de la placenta, puede ser parcial o completo después de las 20 semanas y antes del nacimiento constituye el 2 % de los embarazos, 1 de cada 100 nacimientos, 0% ocurre antes de la semana 36. La mortalidad fetal es muy alta (superior al 15%) y la materna es tres veces superior a la esperada, la aparición frecuente de sufrimiento fetal agudo, prematuridad, anemia, etc., hace que el número de secuelas tanto sensitivas como motoras sea alto. Desde el punto de vista materno, complicaciones secundarias a la hemorragia, a las alteraciones de la coagulación o bien a la embolia pulmonar asimismo tienen una tasa muy alta. (González, 2006).

La anemia de mujeres en edad reproductiva permite pensar que existe una mayor prevalencia de esta en embarazadas. Esto hace suponer que durante el embarazo esta patología se asocia a malas consecuencias perinatales, dentro de las que se encuentran el parto prematuro y el bajo peso al nacer, entre otros. (Organización Mundial de la Salud, 2004),

El término más largo separación prematura de la placenta normoinserta es más descriptivo diferencia entre la placenta que se aparta de manera prematura, pero está establecida a una distancia, que rebasa el orificio cérvicouterino interno y la que está implantada sobre ese orificio, es decir, la placenta previa. La hemorragia del desprendimiento precoz de placenta se filtra entre las membranas y el útero, luego se escapa por el cuello uterino y produce hemorragia externa con menor periodicidad, la sangre no va al exterior, sino que queda retenida entre la placenta desprendida y el útero lo cual da a entender que existe una hemorragia oculta.

El desprendimiento prematuro de placenta puede ser de manera total o parcial. La hemorragia si es oculta encierra mucho peligro para la madre y el feto. Esto no sólo se debe a la posibilidad de una coagulopatía de consumo, sino también a que no se observa con facilidad la magnitud de la hemorragia y el diagnóstico casi siempre se retrasa. El desprendimiento prematuro de la placenta, sucede entre un 0,4 y un 3,5 por ciento de todos los partos. (Medline Plus, 2008)

La representación grave que produce el fallecimiento del feto, se muestra exclusivamente en alrededor de 1 por cada 500 a 750 partos, la gravedad del desprendimiento obedece al tiempo que acontece entre el comienzo de los síntomas y la administración de atención, si se demora, desarrolla de forma de que la posibilidad de separación profunda que produzca la muerte del feto.

El desprendimiento prematuro de la placenta, se suscita porque existe una ruptura de pequeños vasos arteriales y venosos, mayormente deciduales o en los vasos fetoplacentarios provocando hemorragia en la decidua basal, la cual se diseca el espacio retroplacentario constituyendo un hematoma que separa la placenta del sistema vascular materno, imposibilitando la oxigenación y nutrición fetal.

Usualmente la hemorragia se prolonga y busca la vía menos resistente y si el punto de alejamiento está hacia el centro de la placenta puede haber disección y separación completa de la misma, así como la extravasación hacia el miometrio y el peritoneo como el úterocouvelaire, si el sitio de separación es marginal, la sangre llega al borde de la placenta, diseca entre la decidua y las membranas fetales y consigue la vagina a través del cuello. Suelen pasar a través de las membranas hacia el saco amniótico, produciendo un tipo de coloración como vino oporto que es casi patognomónica fetal. Desprendimientos mayores del 30% ponen en peligro la supervivencia del feto.

Al lesionarse sucesivamente la vasculatura decidual se origina la cascada de la coagulación con la formación de trombos plaquetarios por vía intrínseca y la independencia de la tromboplastina tisular por ruta extrínseca en lo antepuesto traslada a la formación de trombina y fibrina así como a la de plasminògeno y plasmina creándose el ciclo ineludible para la coagulación intravascular diseminada (CID), comprometiendo la circulación sistémica que causa hipoxia tisular trastornos metabólicos y fragilidad capilar con diátesis hemorrágica, lo que empeora el choque hipovolémico como consecuencia del desprendimiento.

La hemorragia oculta es probable que haya hemorragia contenida u oculta cuando hay derrame de sangre por detrás de la placenta pero sus márgenes todavía permanecen adheridos, la placenta por completo está separada pero las membranas están fijas a la pared del útero. La sangre entra a la cavidad amniótica después de romper las membranas, la cabeza del feto está tan cerca del segmento uterino inferior que la sangre no puede pasar por dicho segmento. Las membranas se disecan de manera gradual de la pared del útero y la sangre se escapa.

No se tiene la certeza sobre la causa primaria del desprendimiento prematuro de placenta aunque se han descubierto ciertos factores de riesgo que inducen y conciernen a su presentación. Las causas que originan el desprendimiento prematuro de placenta no son conocidas aunque hay varios factores asociados, tales como: los estados hipertensivos del embarazo, el consumo de cocaína o tabaco, la edad materna avanzada y la multiparidad. (Duley, 2008)

Se encuentra hipertensión en el 44% de las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta y más del 50% de los casos fatales se relacionan con hipertensión, entre la enfermedad vascular hipertensiva crónica y la preeclampsia y eclampsia se menciona una incidencia del 10% de desprendimiento prematuro de placenta en pacientes hipertensas, la cual aumenta el 15% de estas pacientes. El tabaquismo produce necrosis decidual, estableciéndose un riesgo relativo para desprendimiento prematuro de placenta del 1.6%. (Carlin, 2006)

Cuando la muerte fetal sucede, el parto vaginal es la vía ideal, a menos que la hemorragia sea significativa o haya otras complicaciones obstétricas que contraindiquen el parto vaginal, efectuando amniotomía precoz y poniendo oxitocina si es preciso. Hay que recordar que cuando muere el feto la pérdida sanguínea es significativo; se deben transfundir al menos 2 U de glóbulos rojos empaquetados (GRE) independientemente de los signos vitales maternos, pues las maternas suplen muy bien la hipovolemia y pueden perder cerca del 30% de su volumen circulante antes de desarrollar signos clínicos. (Carlin, 2006)

Una duplicación del riesgo de desprendimiento prematuro de placenta en fumadoras, aumenta así de cinco a ocho veces si estas tienen hipertensión crónica preeclampsia grave, o ambas cocaína, entre el 5% y el 17% de las usuarias de cocaína muestran desprendimiento prematuro de placenta antes del término, como resultado del daño endotelial y vascular ocasionado por la acción vasoconstrictora de la cocaína. Así que las mujeres que consumen cocaína su frecuencia acrecientan el desprendimiento prematuro de placenta. (Carlin, 2006)

La incidencia de desprendimiento prematuro de placenta crece con la edad materna. Las mujeres de 40 años tuvieron una posibilidad de 2.3 veces más alta de presentar desprendimiento prematuro, comparada con las mujeres de 35 años o menos. En mujeres de gran paridad la incidencia es más alta.

En el manejo, son esenciales el diagnóstico precoz que incluye prioritariamente la toma y registros periódicos y adecuados de tensión arterial y la detección de proteinuria, además de la revisión minuciosa de los antecedentes pre-gestacionales relacionados con

hipertensión arterial crónica, antecedentes de preeclampsia, eclampsia en embarazos anteriores y/o historia familiar de trastornos hipertensivos en el embarazo; control prenatal exhaustivo así como búsqueda rutinaria de signos o síntomas clásicos (edema, cefalea, visión borrosa, acúfenos). La aplicación estricta de los protocolos terapéuticos establecidos especialmente en lo que se refiere al uso del Sulfato de Magnesio y Antihipertensivos (hidralazina, nifedipina o alfametildopa, según sea el caso) y el cumplimiento de los estándares de atención y manejo para este tipo de complicaciones es esencial. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2008).

El manejo de las pacientes con sospecha de abrupcio no debe ser retrasado en espera de la ecografía, pues ésta únicamente detecta el 20% de los casos y es común descubrir ecografías normales en pacientes con abrupcios clínicamente significativos. (Abramowicz, 2008)

Se asocia con desprendimiento prematuro de placenta hasta el 12% de los pacientes. La deficiencia de vitamina C, ácido fólico, puede causar un crecimiento trofoblástico impropio al constituirse la circulación feto-materna, con variación del diseño de los vasos y predisposición a su ruptura, produce un desprendimiento prematuro de placenta en el 10% de las pacientes.

El diagnóstico clínico los signos y síntomas de desprendimiento prematuro de placenta perturban como la hemorragia externa puede ser profusa sin embargo la separación de la placenta no sea tan espaciosa como para que trastorne al feto de manera directa. Tal vez no haya hemorragia externa pero es posible que la placenta se desprenda totalmente y el feto muera como resultado directo. La ecografía no siempre confirma el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta sobre todo en el período aguda ya que la placenta y el coágulo fresco tienen un semblante igual en la ecografía.

La ecografía transvaginal se ha determinado como el gold estándar que establece la localización correcta de la placenta y es segura aún cuando exista sangrado vaginal activo; tiene una sensibilidad del 87,5%, especificidad del 98,8%, valor predictivo positivo de 93,3% y valor predictivo negativo del 97,6%. No se recomienda la ecografía abdominal, pues tiene una tasa de falsos positivos de 25%, explicado porque existe pobre visualización

de las placentas de localización posterior, la cabeza fetal obstaculiza en la visualización del segmento uterino inferior y la obesidad y la vejiga muy llena o desocupada pueden estorbar con la precisión del diagnóstico; un 60% de las mujeres a quienes se les ejecuta ecografía transabdominal demandan de posterior reclasificación con ecografía transvaginal. (SOGC Clinical 2008).

El cuadro clínico se identifica por sangrado oscuro no abundante (sin correlación entre gravedad y sangrado), dolor abdominal, hipertonia uterina, rigidez o distensión abdominal "en tabla", distrés fetal o muerte fetal, indicado por disminución o falta de latidos cardíacos fetales.

Complicaciones maternas: shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, apoplejía útero-placentaria (útero de couvelaire). Complicaciones como necrosis hipofisaria postparto (síndrome de sheehan).

Complicaciones fetales: hipoxia, anemia, disminución del crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas.

Shock hipovolémico: la tromboplastina placentaria entra a la circulación materna y estimula a la coagulación intravascular y otras particularidades del síndrome de embolia de líquido amniótico. Esto acontece muy poco y más bien el choque hipovolémico es resultado inmediato de la hemorragia materna.

El desprendimiento prematuro de placenta es una de las causas más usuales de coagulopatía de consumo con grado clínico en obstetricia; un tercio de mujeres con desprendimiento prematuro de placenta lo suficientemente grave provoca la muerte del feto por lo que hay cambios en los factores de la coagulación.

Se observa hipofibrinogenemia de importancia clínica con concentraciones plasmáticas menores de 150 mg/dl. se acompaña de los aumentos de productos de degradación de fibrinógeno-fibrina o dímeros d, que son productos determinados de la degradación de la fibrina. Otros factores de la coagulación igualmente reducen de manera variable. La coagulopatía de consumo es más probable cuando hay un desprendimiento

escondido porque la presión intrauterina es más alta, empujando una gran cantidad de tromboplastina al interior del sistema venoso materno.

En caso de que el feto sobrevive es menos habitual que se encuentren defectos graves en la coagulación. El mecanismo primordial es la activación de la coagulación intravascular con grados variables de desfibrinación, los factores de coagulación asimismo se consumen en los coágulos retroplacentarios sin embargo las cantidades recuperadas no alcanzan para manifestar todo el fibrinógeno que falta, una secuela significativa en la coagulación intravascular es la activación del plasminógeno hacia plasmina, que causa lisis de microémbolos de fibrina para conservar la permeabilidad de la microcirculación.

Con un desprendimiento prematuro de placenta grave como matar al feto siempre hay concentraciones anormales de productos de la degradación de fibrinógeno-fibrina o dímeros D en el suero materno. La hipofibrinogenemia grave no siempre se acompaña de trombocitopenia indudable, se hace usual después de las transfusiones sanguíneas frecuentadas.

El riesgo de recurrencia en el siguiente embarazo es de 10-15%, en casos de dos abortos previos la recurrencia de un tercer aborto es del 25% (RRI 36,5). (Matsaseng, 2006)

En el transcurso del período postparto o la hemorragia grave intraparto raras ocasiones va seguida de la carencia hipofisaria o síndrome de Sheehan. Se caracteriza por la dificultad de lactar, amenorrea, atrofia mamaria, pérdida del vello púbico y axilar, hipotiroidismo e insuficiencia de la corteza suprarrenal. Dichas anomalías endocrinas surgen con menos frecuencia inclusive en las mujeres que presentan hemorragia grave.

El tratamiento varía con la edad gestacional y el estado de la madre y el feto. Con un feto de edad factible y si el parto vaginal no es urgente, la mayor parte de los médicos se opta por una cesárea urgente.

En la hemorragia externa intensa, la reanimación intensiva con sangre más solución cristalinoide y parto para controlar la hemorragia protegen la vida de la madre y

posiblemente la del feto. Si hay alguna duda con relación al diagnóstico y el feto permanece vivo sin datos de afectación, se puede realizar la observación en centros con posibilidades de intervenir de manera inmediata, el tratamiento a la expectativa en el embarazo pretérmino, cuando el feto es inmaduro resulta favorable retrasar el parto.

El diagnóstico de placenta previa se sospecha, aun sin presentar síntomas, durante la evaluación ecográfica de rutina entre las 20 a 24 SG. A estas pacientes se les debe enviar a ecografía transvaginal para valorar la relación de la placenta con respecto al orificio cervical interno e informarlas acerca de la posibilidad de *migración placentaria* (Abramowicz, 2008)

La hospitalización es importante para todas las pacientes para control estricto de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y diuresis; canalizar dos accesos venosos, reservar dos unidades de glóbulos rojos, tomar muestras para cuadro hemático, hemoclasificación, y determinar si existe coagulación intravascular diseminada. En vista del grado de desprendimiento y la edad gestacional, se puede realizar por manejo expectante, cesárea inmediata o ruptura de membranas y parto vaginal. (Sakornbut, 2007)

En el abrupcio leve el sangrado puede detenerse y resolver los síntomas sucesivamente, sin compromiso materno-fetal. Cuando la gestación es menor de 34 semanas la paciente puede recibir tocólisis, aplicación de corticoides para maduración pulmonar y valoración materno-fetal estricta. (Mukherjee, 2008)

En el abrupcio moderado o severo el manejo debe ser individualizado y planear en forma rápida el parto. Se debe intentar parto vaginal siempre que la unidad materno-fetal lo soporte, con control estricto de la frecuencia cardíaca fetal y corrección de los trastornos de la coagulación y del choque hipovolémico. Si se evidencia compromiso del estado fetal o existe deterioro rápido de la condición materna, hay que realizar cesárea. (Ngeh, 2006)

El abrupcio severo es una emergencia que demanda administración multidisciplinaria, monitoría invasiva con líneas arteriales y venosas, control preciso del gasto urinario y manejo de las complicaciones tales como insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada. (Lefkou, 2008)

El choque hipovolémico causa hipoperfusión de órganos tales como riñón, cerebro e intestino, por lo que es primordial efectuar una apropiada reposición de líquidos, electrolitos, GRE y medición de la presión venosa central para conservar gastos urinarios mayores a 30 cm<sup>3</sup>/ hora. La reanimación se debe realizar con líquidos expansores como los cristaloides, con un volumen aproximado de tres veces lo considerado en la pérdida sanguínea.

Rotura Uterina es la separación oculta, delgada, o dehiscente que se manifiesta al volver a realizar la cesárea, ruptura completa, sintomática y que demanda de una laparotomía de emergencia con extrusión fetal o de la placenta, ya que usualmente las del cuello se denominan desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones breves, se llaman perforaciones uterinas.

Es una complicación muy grave y es de alta mortalidad materna y perinatal puede surgir como consecuencia de una lesión o anomalía precedente, relacionarse con traumatismo o complicar el trabajo de parto en un útero sin cicatrices previas. (Charles, 2010)

La procedencia más habitual de rotura uterina es el alejamiento de una cicatriz de histerotomía por cesárea previa, con beneficio mínimo para una prueba de parto posteriormente de una cesárea, otro de los factores de rotura uterina son cirugías o manipulaciones traumáticas previas como legrado, perforación o miomectomía. La estimulación excesiva del útero con oxitocina una causa antes habitual ahora es excepcional.

## VARIABLES

### INDEPENDIENTE

Normas del componente Materno-Neonatal.

### DEPENDIENTE

Manejo de las Hemorragias del Tercer Trimestre de Embarazo.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente: Normas del componente materno – neonatal

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Son las normas y estándares establecidos del Ministerio de Salud Pública en la atención de las emergencias obstétricas de primer nivel, incluyendo resucitación del recién nacido si es necesario. Ministerio de Salud Pública. (2007).	Características generales de la Población objeto de estudio	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 a 18</li> <li>• 19 a 24</li> <li>• 25 a 30</li> <li>• 31 a 36</li> <li>• 37 a 42 y</li> <li>• &lt;42</li> </ul>
		Etnia	Blanco Mestizo Montubio Indígena Afroecuatoriano
		Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Superior
		Estado Civil	Soltero Casado

			<p>Viudo</p> <p>Unión Libre</p> <p>Divorciado</p>
		Ocupación	<p>Ejecutivo del Hogar</p> <p>Público</p> <p>Privado</p>
		Antecedentes familiares patológicos	<p>Hipertensión Arterial</p> <p>Diabetes Mellitus Tipo II</p> <p>Obesidad</p>
		Antecedentes personales patológicos	<p>Trauma</p> <p>Hipertensión Arterial</p> <p>Gestación Múltiple</p> <p>Anemia</p> <p>Uso de Drogas</p>
		Controles Prenatales	<p>Otros.</p> <p>0-2</p> <p>3-5</p> <p>&gt;6</p>

Variable Dependiente: Hemorragias del Tercer Trimestre del Embarazo

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Se define como el sangrado del tracto genital en la segunda mitad de la gestación, pero antes del nacimiento fetal. Mukherjee (2008).	Causas	Obstétricas No Obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si No</li> <li>• Si No</li> </ul>
	Normas del Componente Materno Neonatal	Nivel de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto</li> <li>• Medio</li> <li>• Bajo</li> </ul>
		Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto</li> <li>• Medio</li> <li>• Bajo</li> </ul>
		Tipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Grave</li> </ul>
		Manejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuado</li> <li>• No Adecuado</li> </ul>
	Toma de decisiones	Niveles de Evidencia Científica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metaanálisis</li> <li>• Estudio de casos y guías clínicas.</li> <li>• Criterios de Expertos su experiencia.</li> </ul>

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo descriptiva, prospectiva, transversal bajo el paradigma positivista cuantitativo.

#### ÁREA DE ESTUDIO

Ginecoobstetricia.

#### LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud de los grupos vulnerables.

#### MÉTODO

Observacional y Analítico porque se investigó el nivel de conocimiento del personal médico sobre el cumplimiento de las normas en el manejo de las hemorragia del tercer trimestre del embarazo en las pacientes, lo cual permitió realizar el análisis respectivo para obtener buenos resultados.

#### UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo es de 50 Usuarias del Proceso de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el periodo de investigación. Como es pequeña la población se trabajará con la misma como muestra.

#### CRITERIO DE INCLUSIÓN

Pacientes del tercer trimestre de embarazo del Área de Gineco-Obstetricia.

Médicos Tratantes y Residentes del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en el periodo de investigación.

#### CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Pacientes con I y II trimestre de embarazo

Personal de Enfermería, Auxiliares e Internos de Enfermería

#### MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos que se aplicaron en el estudio para la recolección de datos fue la encuesta a los Médicos Tratantes y Residentes para la revisión de aplicación de normas en la atención en la hemorragia en el tercer trimestre de embarazo, las Historias Clínicas y el Libro de Registros de las embarazadas.

#### PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos una vez recolectados fueron tabulados, los cuales proporcionaron la información necesaria para ser analizados mediante la ayuda de Excel.

#### RECURSOS:

##### RECURSOS HUMANOS

Un investigador, Director de Tesis, Tribunal de Revisión y Evaluación.

##### RECURSOS MATERIALES

Materiales de Oficina

Impresiones

Internet

##### RECURSOS ECONÓMICOS

Los gastos que se generaron la investigación fueron solventados en su totalidad por las investigadoras.

## INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí.

Departamento de Estadística del Hospital del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Proceso de Ginecología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

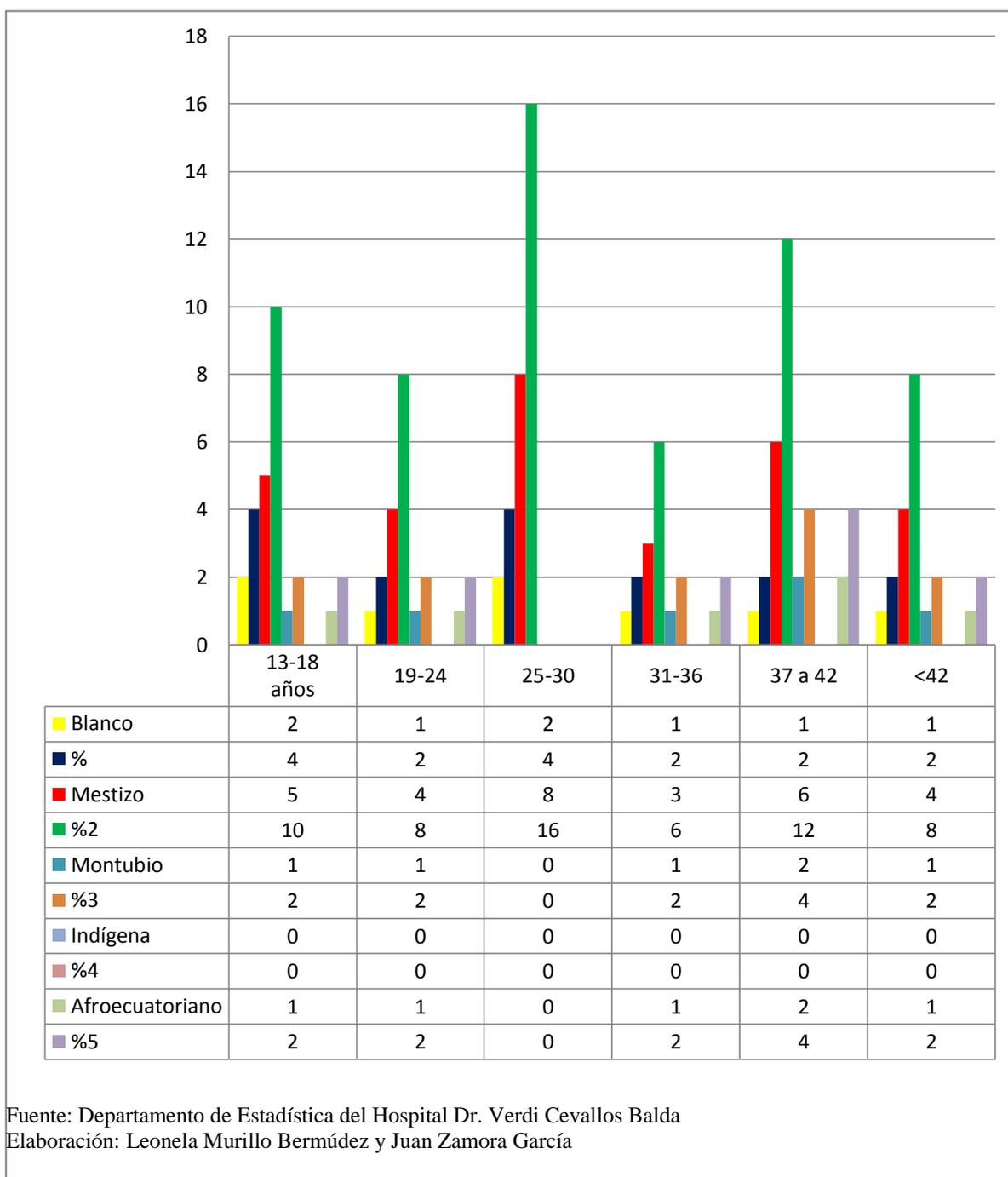
### PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	VALORES
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Alquiler de computadora	40,00
Investigación Bibliográfica (texto)	40,00
Transporte	75,00
Internet	52,00
Impresiones	50,00
Otros	100,00
DESARROLLO DE LA TESIS	
Materiales de oficina	25,00
Internet	130,00
Energía eléctrica	70,00
Transporte	200,00
Copias de trabajo	60,00
Impresión de trabajo	75,00
Anillado	15,00
Otros	100,00
ELABORACIÓN DE LA TESIS	
Empastado	50,00
Impresiones	120,00
Grabaciones de CD	14,00
Otros	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1316.00</b>

Presentación de resultados, análisis e interpretación

Grafitable #1

Edad y etnia de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital  
Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014

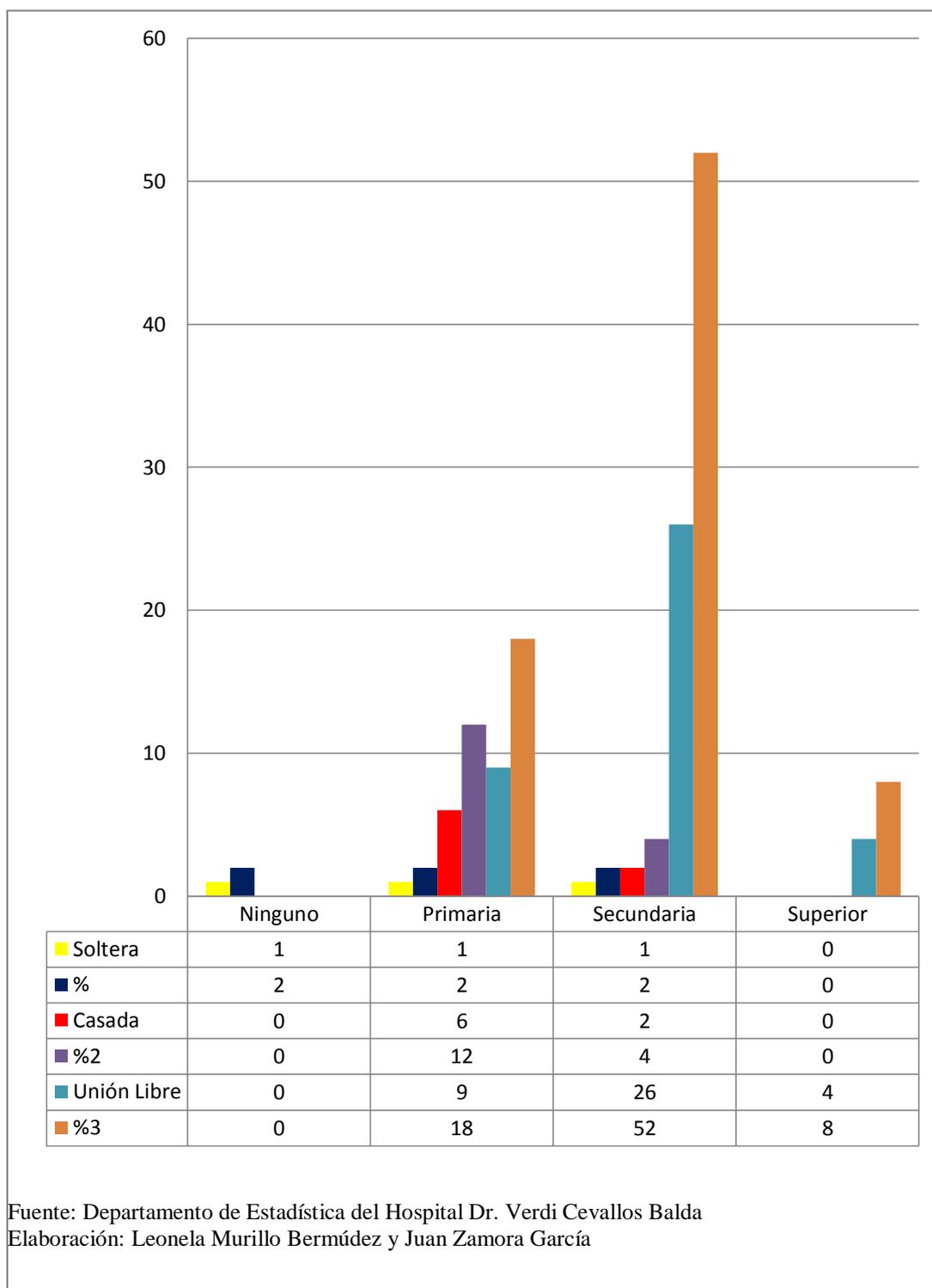


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la grafitable reflejan que el 16% de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 fueron de etnia mestiza en la edad de 25 a 30 años, el 12% de 37 a 43 años y el 10% de 13-18 años. Esto concuerda con lo que nos indica Ko (2007), quien explica que: Las principales causas de hemorragia del tercer trimestre son la Placenta Previa (PP), el Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) y la Ruptura Uterina (RU). Se presentan con una frecuencia de 0.4% a 0.6%, 0.52% a 1.29%; y 0,02% a 0,08% respectivamente. La edad materna avanzada y la multiparidad parecen ser factores predisponentes de estos cuadros.

Grafitabla N° 2

Escolaridad y Estado Civil de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

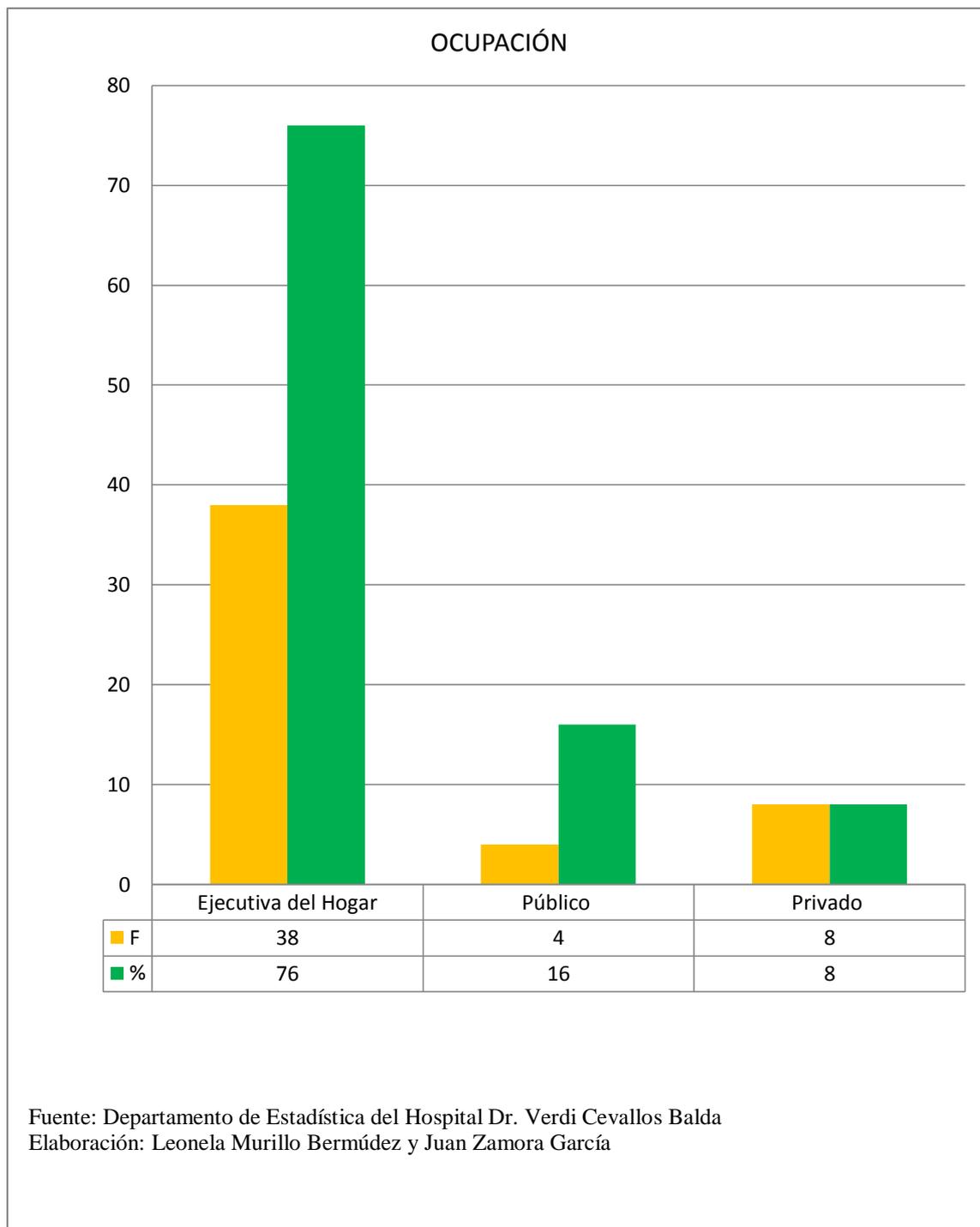


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 52% de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 correspondieron al estado civil Unión Libre con nivel educacional secundaria, el 18% de estado civil Unión Libre y nivel educacional primaria y el 12% de estado civil casada y nivel educacional primaria. Dado que la mayoría de la población pertenece a este estado civil y provienen del sector urbano marginal de la ciudad y rural, que han terminado la secundaria y por motivos personales y laborales no han logrado una profesión universitaria. Esto concuerda con lo que nos indica (Bolzan y colaboradores), quien explica que: Estos resultados que son similares a lo encontrado por Bolzan y colaboradores en adolescentes embarazadas argentinas; y esto de alguna manera es el reflejo de lo que ocurre actualmente en los países de América Latina.

Grafitabla N° 3

Ocupación de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital  
Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014

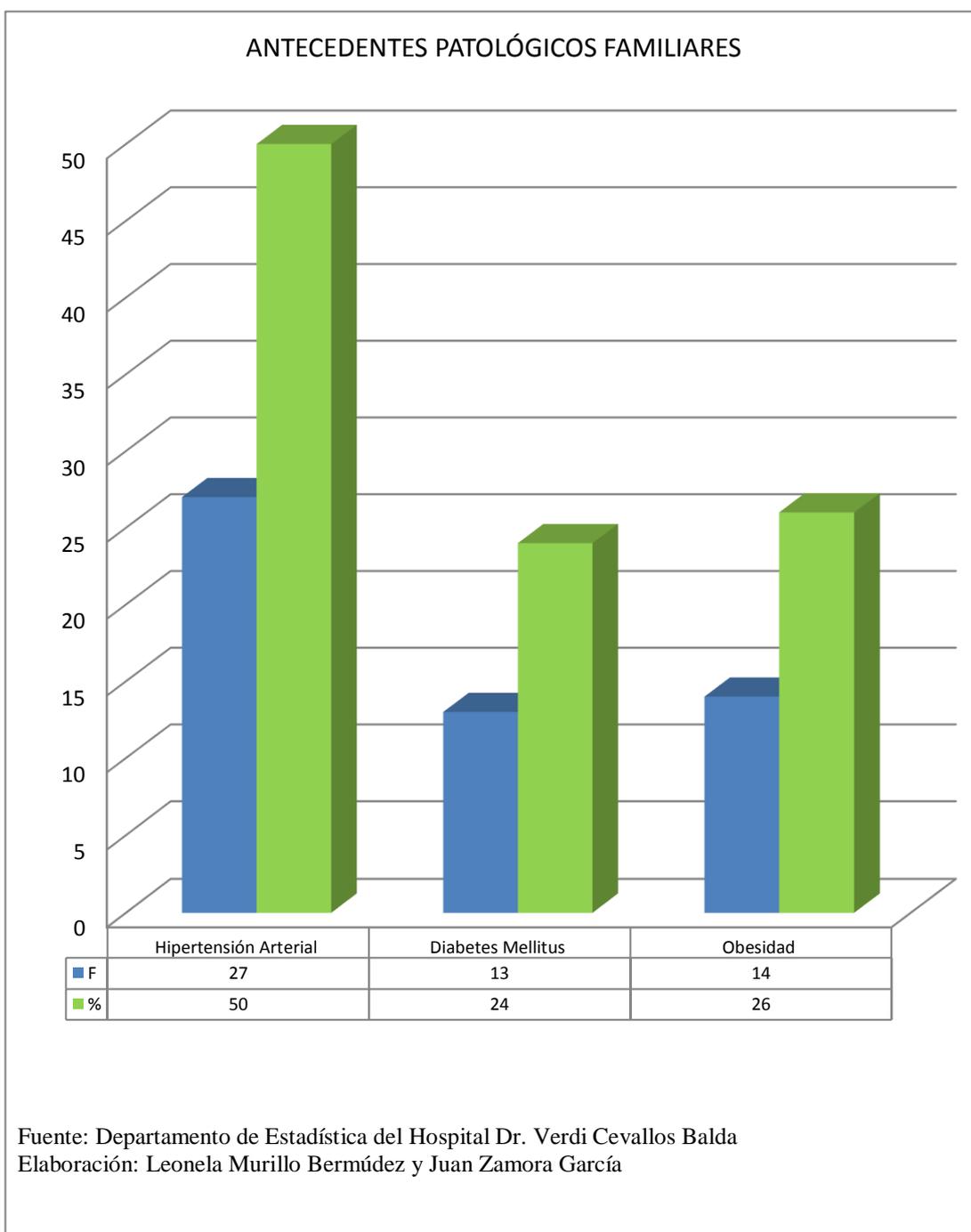


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 76% de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 tuvieron como ocupación ejecutivas del hogar, el 16% trabajo público y el 8% tiene trabajo privado. Debido a que este es un hospital público y las ejecutivas del hogar que no tienen seguro vienen por atención. Esto concuerda con lo que nos indica, Ramírez, (2003), quien explica que: En cuanto a la actividad laboral la embarazada puede continuar trabajando si se trata de una ocupación que no requiere gran esfuerzo físico, pero deberán proscribirse totalmente durante la gestación aquellos trabajos que impliquen el uso de la fuerza, o se realicen en locales con materiales insalubres, con deficiente sistema de ventilación, refrigeración o limpieza.

Grafitabla N° 4

Antecedentes Patológicos Familiares de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

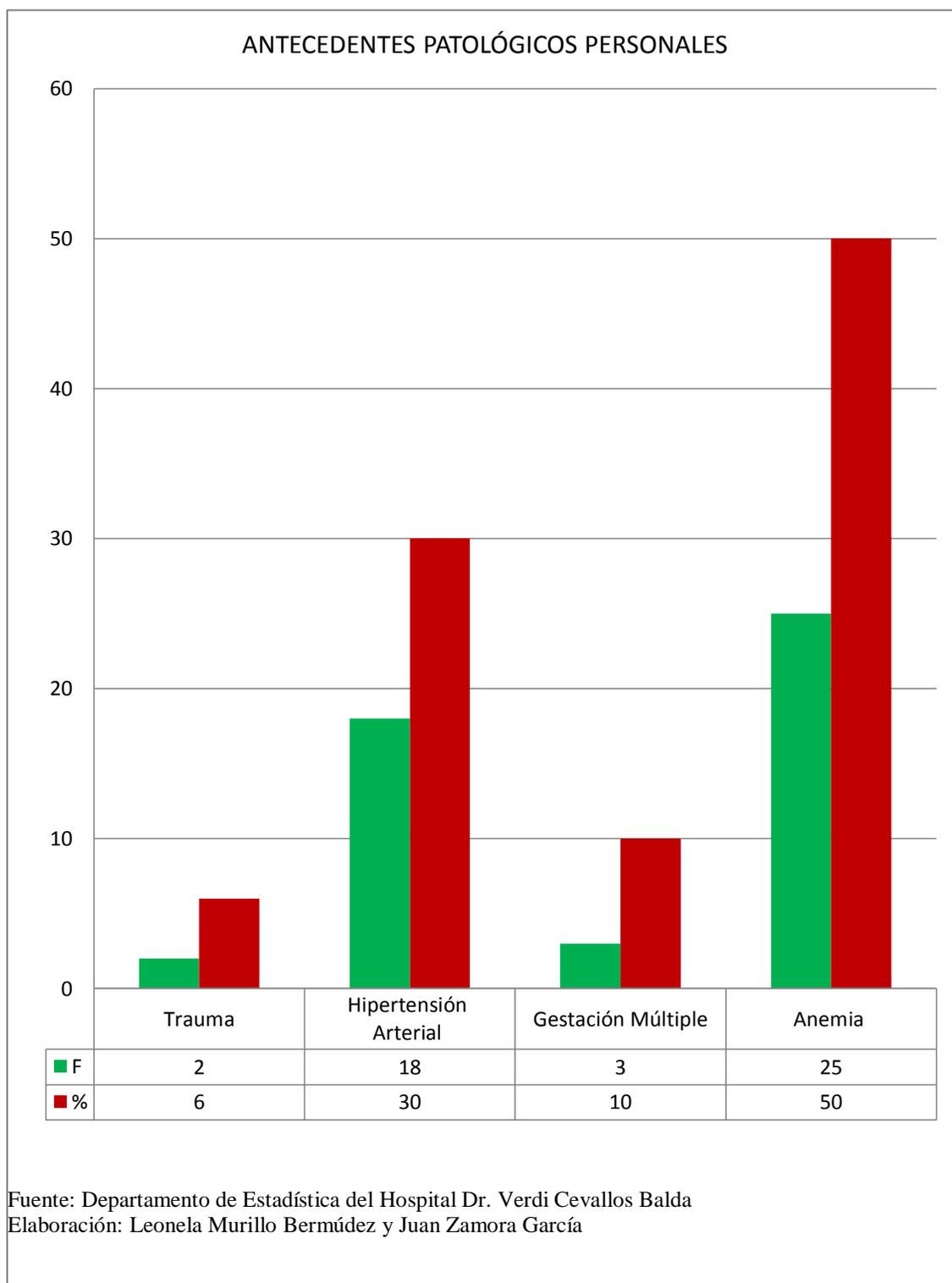


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la grafitable reflejan que el 50% de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 tenían como antecedentes patológicos familiares la Hipertensión Arterial, el 24% diabetes mellitus y el 26% Obesidad. Esto concuerda con lo que nos indica el Ministerio de Salud del Ecuador 2004, quien explica que: En el manejo, son esenciales el diagnóstico precoz que incluye prioritariamente la toma y registros periódicos y adecuados de tensión arterial y la detección de proteinuria, además de la revisión minuciosa de los antecedentes pre-gestacionales relacionados con hipertensión arterial crónica, antecedentes de preeclampsia, eclampsia en embarazos anteriores y/o historia familiar de trastornos hipertensivos en el embarazo; control prenatal exhaustivo así como búsqueda rutinaria de signos o síntomas clásicos (edema, cefalea, visión borrosa, acúfenos).

Grafitable N° 5

Antecedentes Patológicos Personales de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

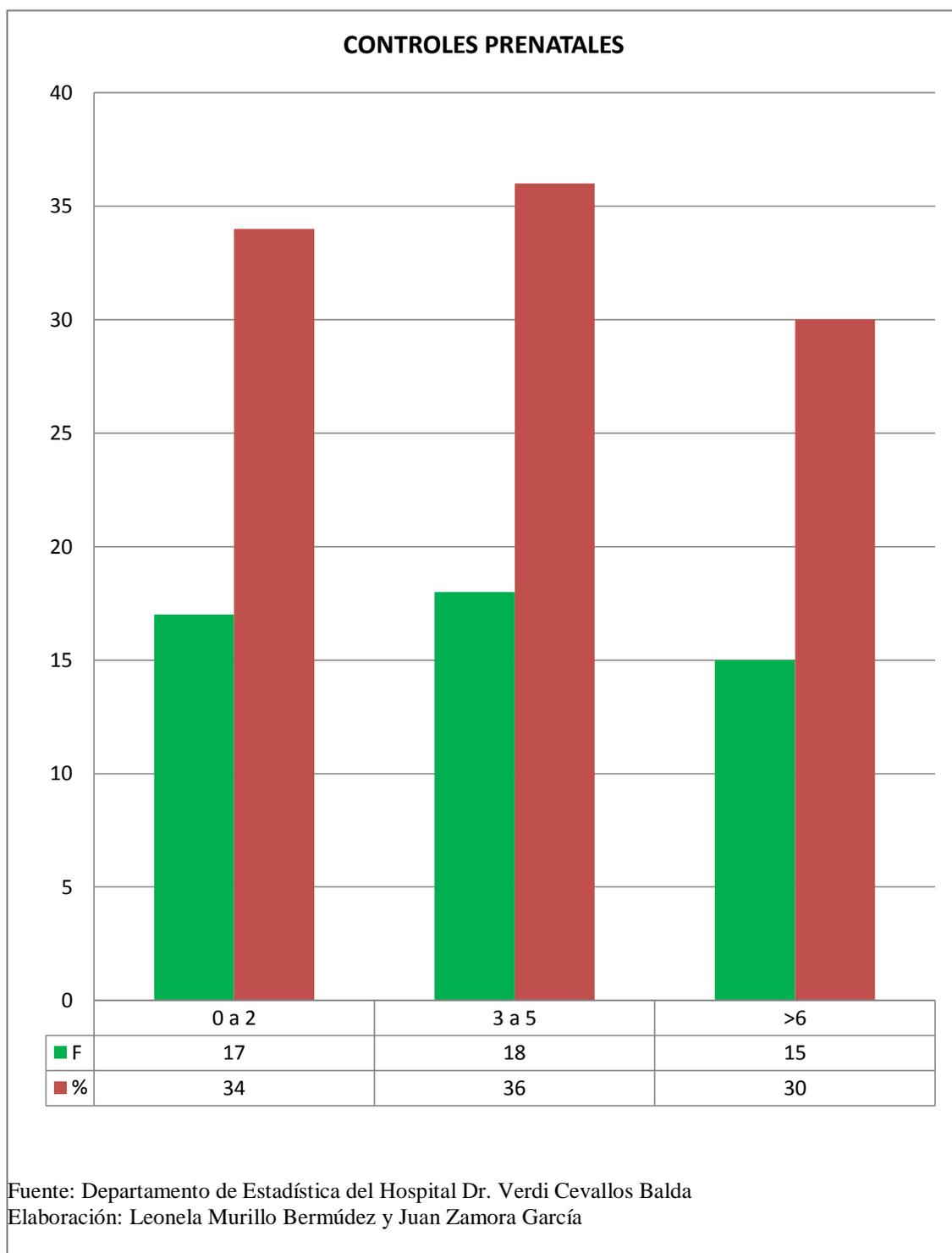


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 50% de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 tuvieron como Antecedentes Patológicos personales la Anemia, el 30% hipertensión arterial y el 10% Gestación Múltiple. Esto concuerda con lo que nos indica Organización Mundial de la Salud (2004), quien explica que: La anemia de mujeres en edad reproductiva permite pensar que existe una mayor prevalencia de esta en embarazadas. Esto hace suponer que durante el embarazo esta patología se asocia a malas consecuencias perinatales, dentro de los que se encuentra el parto prematuro y el bajo peso al nacer, entre otros.

Grafitabla N° 7

Controles prenatales de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

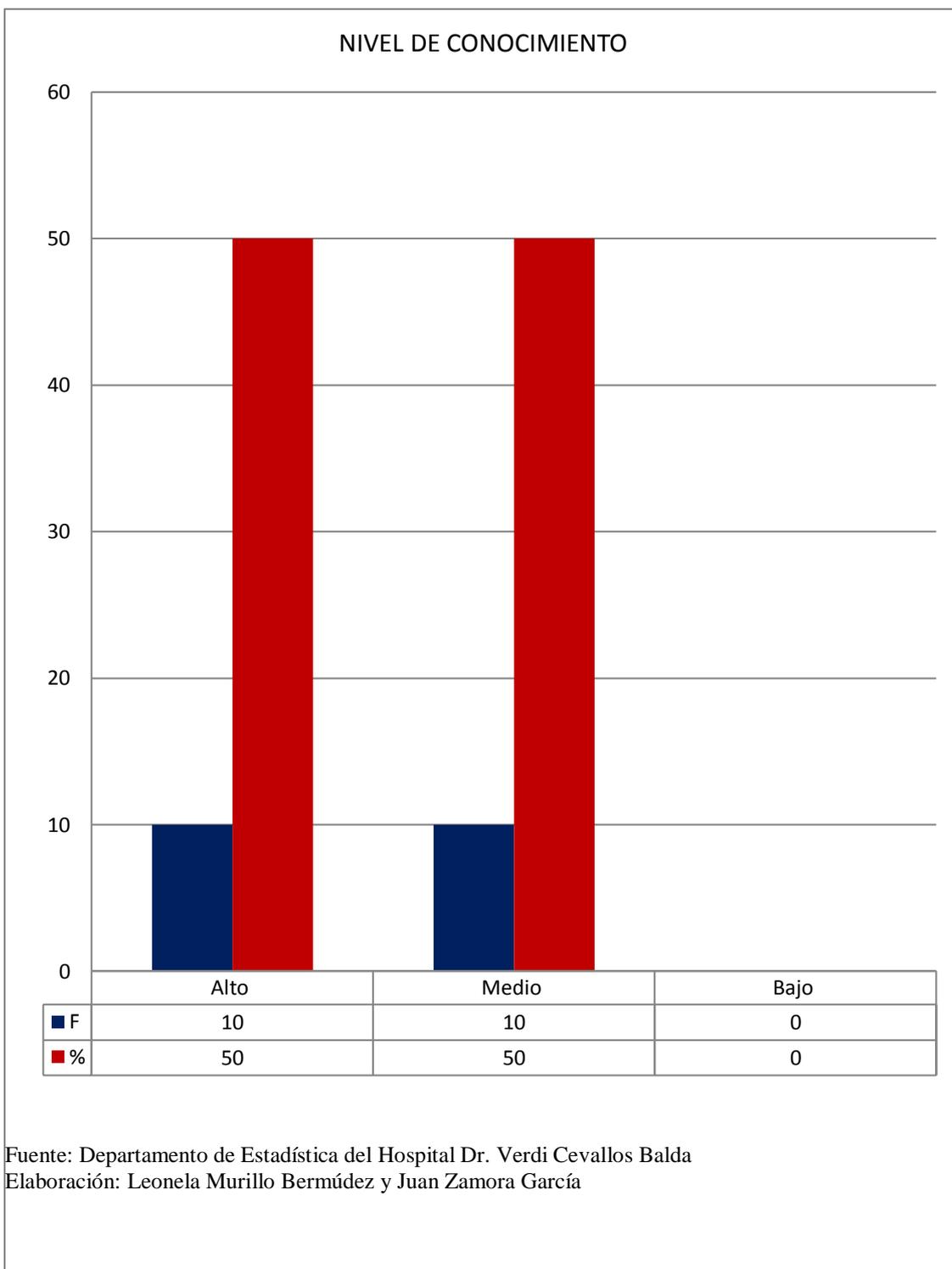


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la grafitable reflejan que el 36% de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 realizaron en su mayoría de 3 a 5 controles prenatales, de 0 a 2 34% y el 30% >6 controles. Esto concuerda con lo que nos indica Carlin A. (2006), quien explica que: Ocurre en 1: 2.500 - 6.000 nacimientos. La mortalidad perinatal depende del diagnóstico oportuno. Cuando el diagnóstico se hace en el control prenatal, el 97% de los fetos sobreviven, comparado con el 44% cuando no se diagnostica.

Grafitabla N° 8

Nivel de Conocimiento de las Normas del Componente Materno Neonatal del personal del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

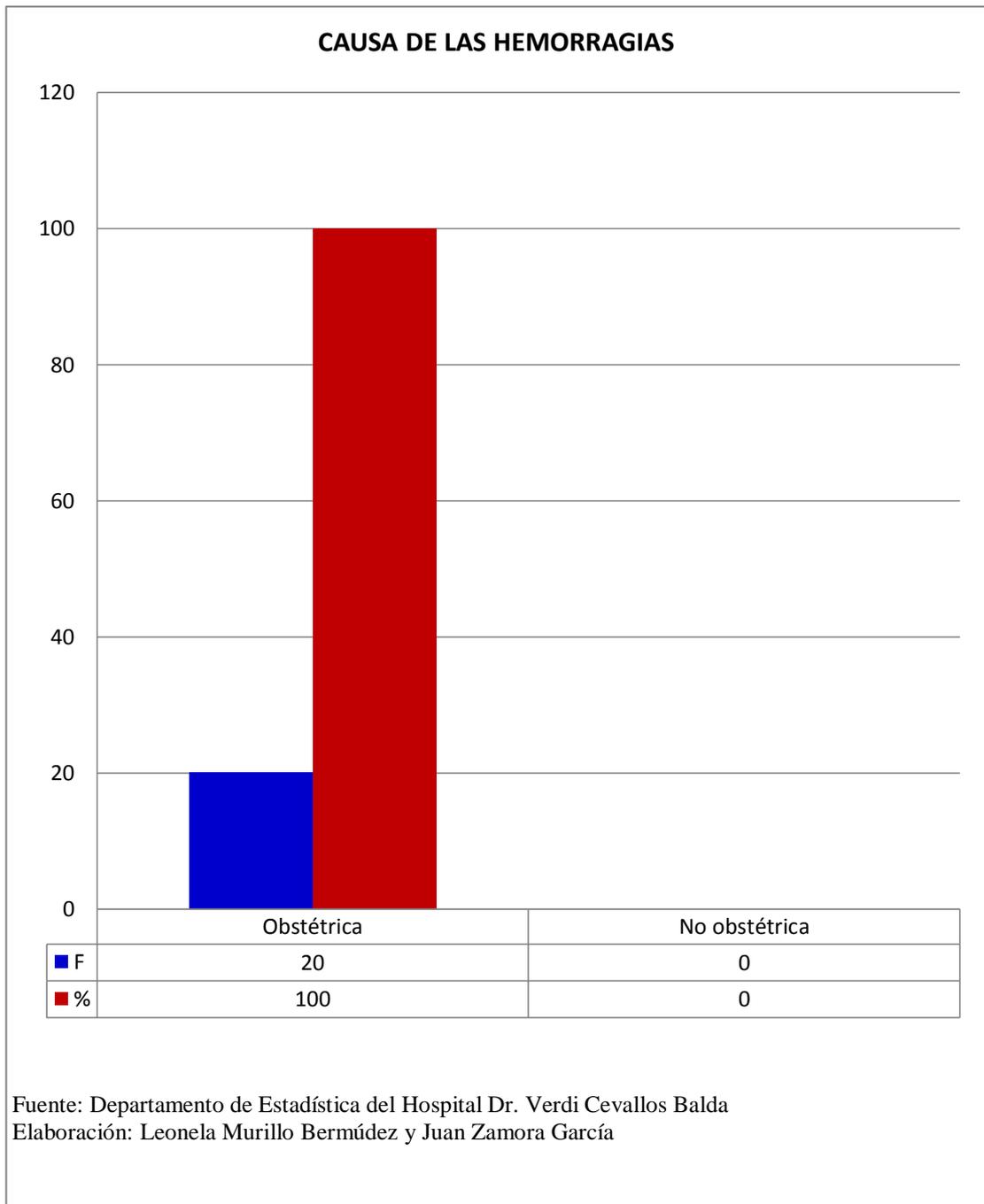


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 50% del personal que atendió a las usuarias del tercer trimestre del embarazo en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 correspondieron en su mayoría al nivel de conocimiento medio y otro 50% al nivel alto con respecto al Componente Materno Neonatal. Esto concuerda con lo que nos indica el Ministerio de Salud Pública (2010), quien explica que: La aplicación estricta de los protocolos terapéuticos establecidos y el cumplimiento de los estándares de atención y manejo para este tipo de complicaciones es esencial.

Grafitabla N° 9

Causa de las hemorragias del Tercer Trimestre de Embarazo de las usuarias atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

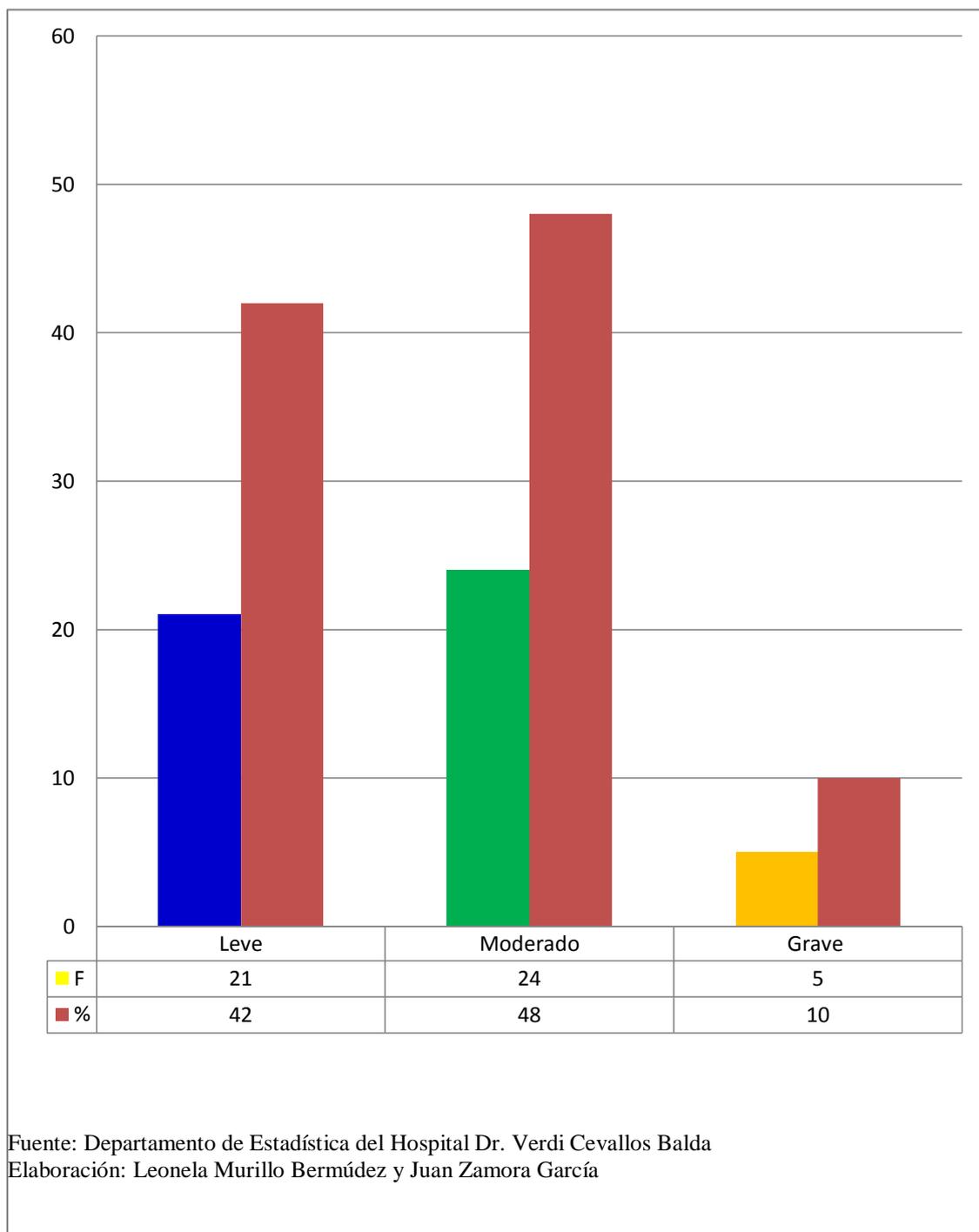


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 100% de los Médicos Tratantes y Residentes respondieron que las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 tuvieron en su mayoría como causa de hemorragia las obstétricas. Esto concuerda con lo que nos indica Ngeh, (2006), quien explica que: La hemorragia de la segunda mitad de la gestación, o hemorragia anteparto, se define como el sangrado del tracto genital en la segunda mitad de la gestación, pero antes del nacimiento fetal. Es causa significativa de mortalidad perinatal y morbilidad materna y se presenta en el 3,5% de todos los embarazos. La principal causa es el abrupcio de placenta seguido por la placenta previa, la vasa previa y la ruptura uterina. Sin embargo, cerca del 50% de los casos de hemorragia anteparto, la etiología no se conoce.

Grafitabla N° 10

Tipo de hemorragias del Tercer Trimestre de Embarazo de las usuarias atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.



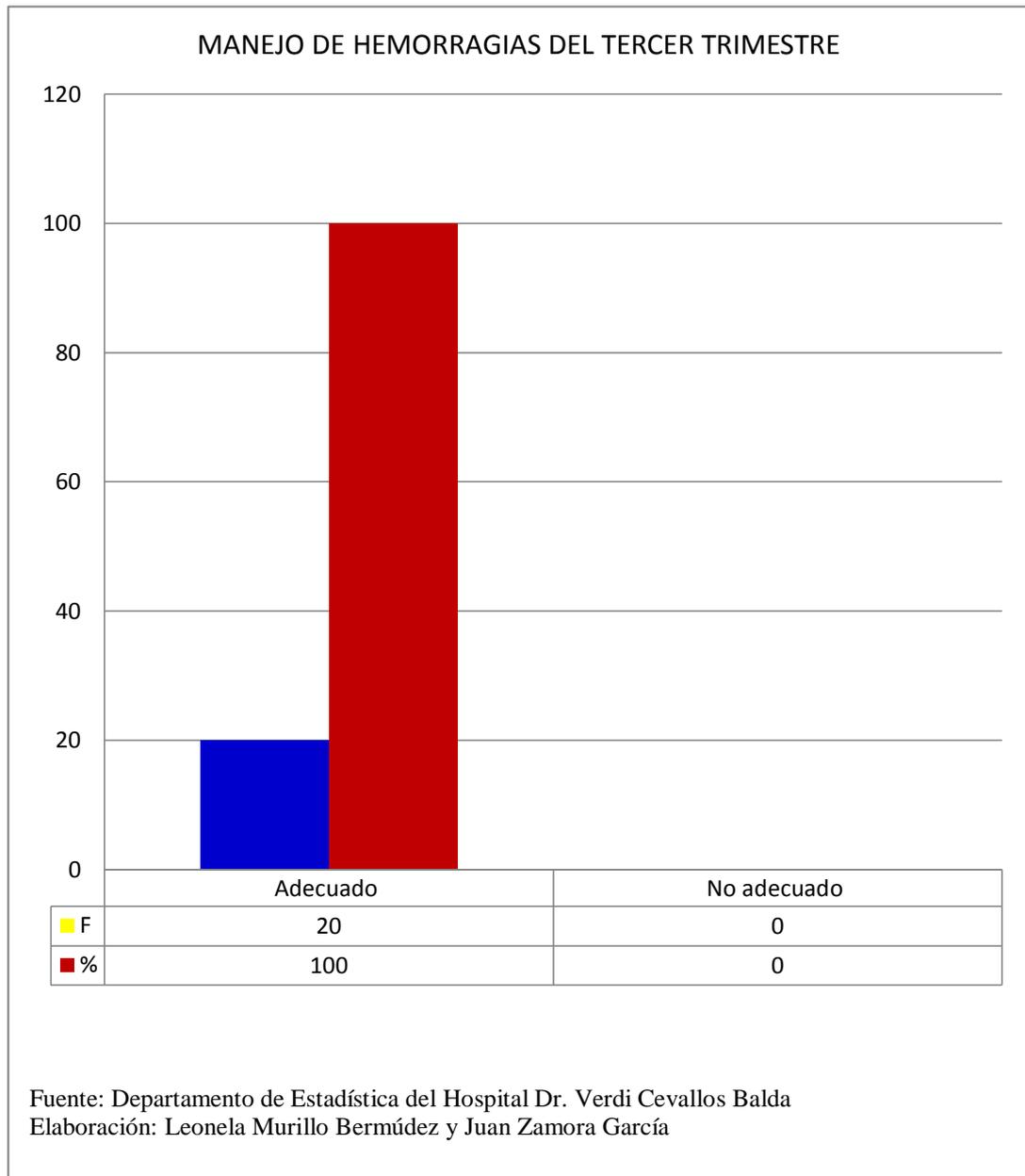
Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda  
 Elaboración: Leonela Murillo Bermúdez y Juan Zamora García

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la grafitable reflejan que el 48% de los Médicos Tratantes y Residentes que atendieron a las usuarias del tercer trimestre del embarazo en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 tuvieron hemorragia moderada. 42% hemorragia leve y 10% hemorragia grave. Esto concuerda con lo que nos indica Hickey et al, (2004), quien explica que: el Ecuador mantiene una de las tasas más elevadas de la región con un 5,9% (8 muertes) desprendimiento prematuro de placenta y (2,2% 3 muertes) placenta previa, 18 resultado de múltiples factores: biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos que inciden en ellas, pudiéndose presentar en cualquier momento de la gestación, en cualquier embarazo y cualquier edad de la paciente.

Grafitabla N° 11

Manejo de las hemorragias del Tercer Trimestre de Embarazo de las usuarias del tercer trimestre del embarazo atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

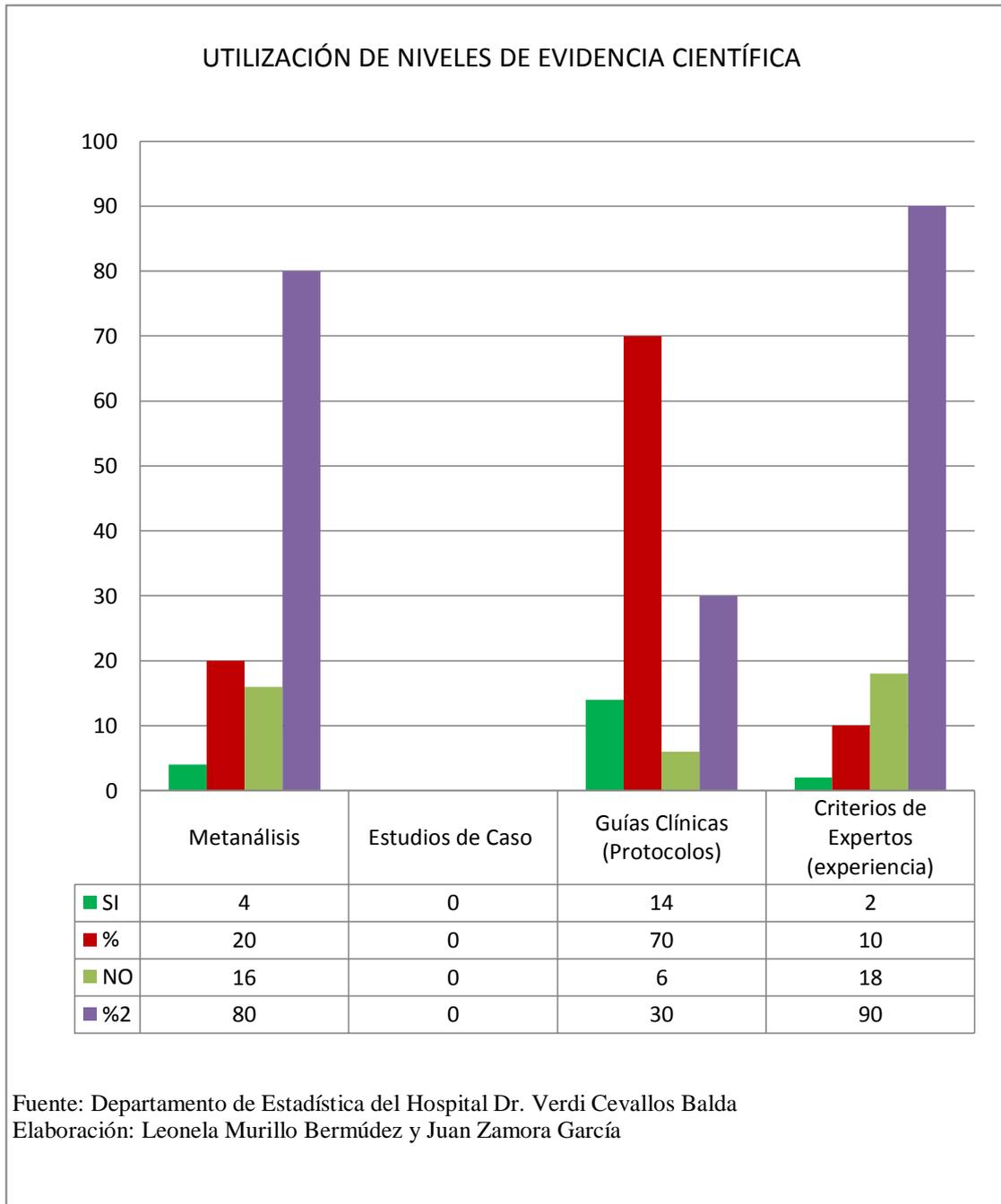


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 100% de Médicos Tratantes y Residentes que atendieron a las usuarias del tercer trimestre del embarazo en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 realiza un manejo adecuado de normas de atención. Esto concuerda con lo que nos indica el Ministerio de Salud Pública, (2008), quien explica que: Existe desconocimiento y falta de aplicación de la norma de atención, demora en la atención de la paciente ya que no se prioriza el caso.

Grafitabla N° 12

Utilización de niveles de evidencia científicas para la toma de decisiones en el manejo de las hemorragias del Tercer Trimestre de Embarazo de las usuarias atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.

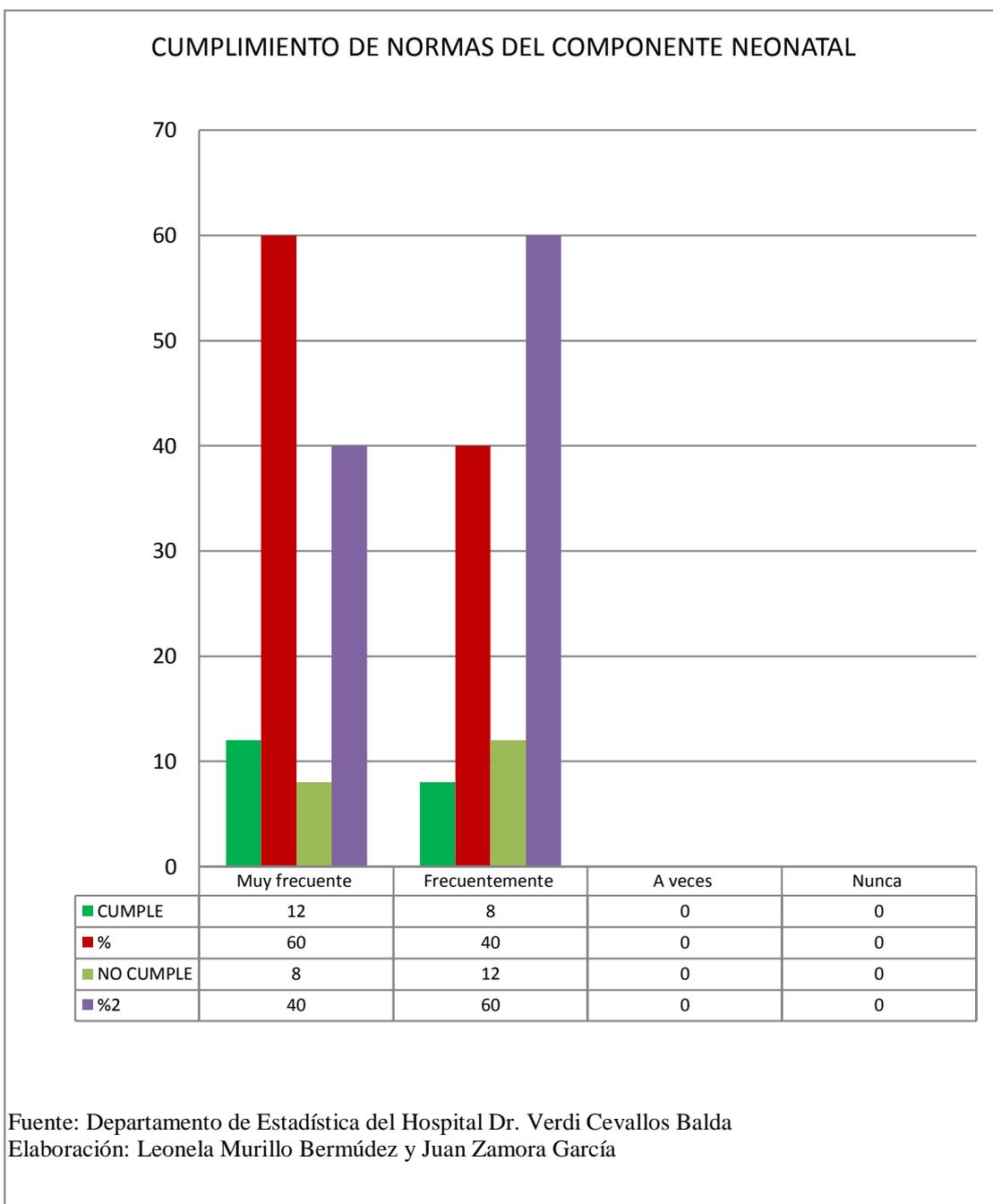


## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 70% de los Médicos Tratantes y Residentes que atendieron a las usuarias del tercer trimestre del embarazo en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 para la toma de decisiones en el manejo de la hemorragia de la III Etapa de la labor de parto se basan en Guías Clínicas (Protocolos), el 20% metaanálisis y el 10% Experiencia (criterios de expertos). Esto concuerda con lo que nos indica el Ministerio de Salud Pública, (2008), quien explica que: el personal debe de aplicar las normas que ellos han implementado, siendo relevante que a través de la experiencia de los Médicos Tratantes y Residentes en el manejo del Protocolo de Normas ellos han ganado un mayor nivel de conocimiento de su aplicación.

Grafitabla N° 13

Cumplimiento de Normas del Componentes Materno Neonatal de las hemorragias del Tercer Trimestre de Embarazo de las usuarias atendidas en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos en la gráfitabla reflejan que el 60% de los Médicos Tratantes y Residentes que atiende a las usuarias del tercer trimestre del embarazo en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda mayo-octubre 2014 para la toma de decisiones para el manejo de la hemorragia de la III Etapa de la labor de parto cumplen muy frecuentemente con las normas del Componente Materno Neonatal y el 40% cumple frecuentemente. Esto concuerda con lo que nos indica el Ministerio de Salud Pública, (2008), quien explica que: es importante la aplicación de los Protocolos para así mejorar la calidad de vida a las usuarias y así tener mayor conocimiento sobre las hemorragias.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

En cuanto a las características de los pacientes atendidos fueron de estado civil Unión Libre, de 25 a 30 años de edad, de etnia mestiza, de escolaridad secundaria, de ocupación amas de casa. Y en lo que tiene que ver a los antecedentes patológicos familiares se tuvo como resultado a la Hipertensión Arterial. En lo que tiene que ver a los antecedentes patológicos personales, la mayoría de los pacientes tuvieron Anemia. Se realizaron de 3 a 5 controles prenatales y correspondieron en su mayoría a ningún nivel de paridad

Se determinó el nivel de conocimiento del componente materno neonatal en el personal médico para el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo y se encontró que existía desconocimiento de las normas.

En cuanto al manejo de las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo tuvieron en su mayoría como causa de hemorragia las obstétricas y fueron de tipo moderada.

En cuanto al cumplimiento de las normas del componente materno neonatal, el personal realiza un manejo adecuado de normas de atención, existiendo un pequeño porcentaje que no realiza un manejo adecuado. Para la toma de decisiones para el manejo de la hemorragia de la III Etapa de la labor de parto se basan en estudios de casos y guías clínicas.

No se ha capacitado en normas de atención para el mejoramiento de la toma de decisiones del personal médico en el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo.

## RECOMENDACIONES

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda que motive a los Médicos Tratantes y Residentes para que apliquen las normas de atención para el manejo de la hemorragia de la III Trimestre de Embarazo.

Al personal de salud concienciar a las pacientes embarazadas para que acudan a los controles prenatales de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública. Informar, orientar y educar a las usuarias y sus familias respecto al uso adecuado de los servicios, donde acudir en caso que se presenten complicaciones, signos y síntomas de sangrado, dolor abdominal y disminución de movimientos fetales, la atención institucional de su parto, del post-parto y del recién nacido.

Cumplir con los protocolos de manejo y atención de las embarazadas con riesgo para optimizar su ejecución.

Implementar las normas de atención de las hemorragias del tercer trimestre del Ministerio de Salud Pública del Ecuador de acuerdo a la gravedad de estas para disminuir el índice de mortalidad en las pacientes.

Darle continuidad al presente estudio para conocer las complicaciones que pudieran presentar las pacientes con hemorragias del III trimestre, y así poder tomar medidas para disminuirlas y brindarle una mejor atención a las pacientes que presenten esta patología.

Capacitar al personal médico para el manejo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo aplicando guías de observación para valorar los conocimientos, habilidades y destrezas del personal participante. Tanto las capacitaciones como la aplicación de las habilidades incluirán un proceso de monitoreo y evaluación que permitirán el mejoramiento continuo de la calidad.

## CRONOGRAMA

MES	JULIO/14				AGOSTO/14				SEPTIEMBRE/14				OCTUBRE/14				NOVIEMB/14				DICIEM/14				ENERO/15							
Actividades Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Planificación																																
Elaboración del Proyecto																																
Aprobación del Proyecto																																
PRIMERA REUNIÓN																																
Revisión del Proyecto																																
Revisión de marco teórico																																
Revisión de Objetivos																																
SEGUNDA REUNIÓN																																
Revisión y modificación de problematización																																
Revisión de Justificación																																
TERCERA REUNIÓN																																
Revisión y corrección de variables																																
Revisión del diseño metodológico																																
CUARTA REUNIÓN																																
Revisión del operacionalizacion de variables																																
Metodología para el Estudio																																
Recolección de Datos																																
QUINTA REUNIÓN																																
Presentación de resultados y tabulaciones																																
Corrección de gráficos																																
SEXTA REUNIÓN																																
Presentación de resultados y tabulaciones																																
Corrección de gráficos																																
Revisión de conclusiones, recomendaciones y propuesta																																
Entrega del informe final																																

## PROPUESTA

### GUÍA DE MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

#### INTRODUCCIÓN

Se define como el sangrado vaginal que ocurre en el tercer trimestre de la gestación, medido desde la semana 24 hasta la primera y segunda fase del trabajo de parto, es la primera causa de muerte materna en el mundo. La incidencia varía, pero globalmente representa el 25% de las muertes maternas. Aún en los países desarrollados, la hemorragia se mantiene entre las tres primeras causas de muerte materna.

Las causas más frecuentes son: el desprendimiento prematuro de placenta (suele manifestarse con sangre oscura, aunque en ocasiones también puede ser roja, y generalmente va acompañado de molestias o dolor abdominal intenso debido a las contracciones), suele ocurrir en el tercer trimestre pero puede presentarse en cualquier momento después de la semana 20; y la placenta previa (suele producir una hemorragia de sangre roja, fresca, sin dolor abdominal).

En caso de presentar un sangrado en el segundo o tercer trimestre se debe acudir inmediatamente a un centro hospitalario para ser evaluado de forma correcta. Una vez en el centro, se realizarán una exploración física para valorar si el sangrado proviene de la cavidad uterina y observar el estado del cuello uterino. Además, se practicará inmediatamente una ecografía para determinar la localización de la placenta y comprobar si existe o no un desprendimiento placentario.

Es necesario diseñar una Guía de manejo de la paciente con hemorragia del tercer trimestre, dirigido a Médicos Tratantes y Residentes, como un elemento importante para disminuir las complicaciones. Toda la información que contiene esta Guía es fiable, actualizada y de calidad. En este sentido, son necesarias las charlas informativas a los involucrados directos e indirectos sobre el manejo de este tipo de pacientes.

## PROPUESTA

Promoción de medidas educacionales para mejorar la atención médica en el manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y cumplimiento de las normas del componente materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública en usuarias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

## JUSTIFICACIÓN

Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país, tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido y están asociadas a fallas en el acceso y deficiente capacidad instalada en los organismos de salud.

Con las guías para su atención integral se pretende establecer los parámetros mínimos de calidad, con racionalidad científica, para dar respuesta a los derechos de las mujeres gestantes, disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal existentes en el país.

## FUNDAMENTACIÓN

Las hemorragias uterinas son una de las complicaciones graves del embarazo, presentan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal de un 6 a 10% a nivel mundial. El Ecuador mantiene una de las tasas más elevadas de la región con un 11.9% (2006), resultado de múltiples factores: biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos que inciden en ellas, se pueden presentar en cualquier momento de la gestación, en cualquier embarazo y en cualquier edad de las pacientes.

A mayor edad materna mayor riesgo encontramos 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, 6 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 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 niño serían mayores si las pacientes fuesen ingresadas precozmente a las unidades de salud y especialmente si no se las manipula, ni se las interviene antes de su llegada al hospital. Hay que considerar las condiciones de ellas que casi en su mayoría presentan anemia, de ahí el peligro para la mujer, aún con sangrado menores los mecanismos de regeneración sanguínea están agotados y pueden causarles la muerte.

De ahí la importancia de asistir a los controles prenatales que conlleva a un problema de salud pública, para detectar tempranamente las complicaciones materno-fetales que puedan presentarse y en estos casos brindar tratamiento oportuno.

Esta guía de manejo de pacientes del Tercer Trimestre de Embarazo, está constituida sobre pilares básicos que trata de evitar complicaciones. Sumado a ello las recomendaciones para el personal de salud a través de talleres y charlas.

## OBJETIVOS

### GENERAL

Capacitar en el manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y cumplimiento de las normas del componente materno-neonatal del Ministerio de Salud Pública en usuarias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

### ESPECÍFICOS

Elaborar un programa educativo a base de charlas y trípticos dirigido a las mujeres con hemorragias del tercer trimestre de embarazo.

Concienciar mediante la difusión de un Manual de Normas para el manejo de hemorragias del tercer trimestre de embarazo a los médicos tratantes y residentes en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

## BENEFICIARIOS

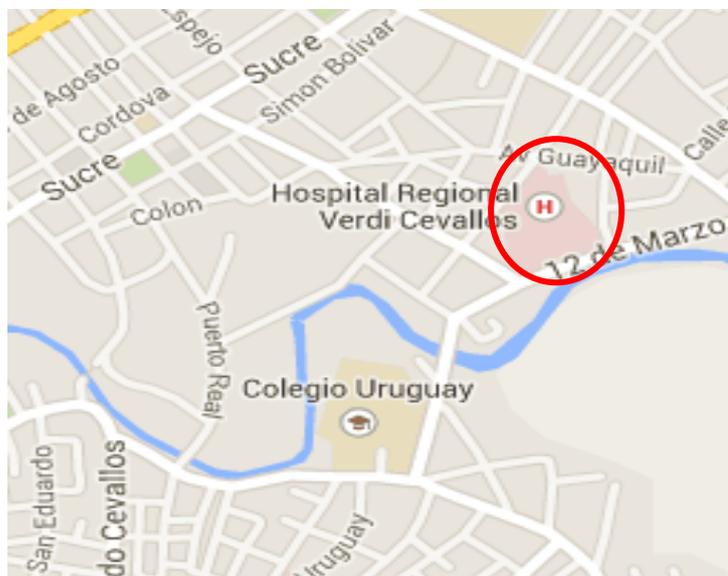
Los beneficiarios de esta propuesta serán las pacientes, los médicos tratantes y residentes en el Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

## RESPONSABLES:

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de ciencias de la Salud de la Carrera de Medicina Sr. Juan Carlos Zamora García y Srta. Leonela Stefanía Murillo Bermúdez.

## UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en la elaboración de un programa educativo en forma de tríptico dirigido a las mujeres con hemorragia del tercer trimestre de embarazo en el Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.



## FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible ya que se la efectuó en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda dirigido a las mujeres con hemorragia del tercer trimestre de embarazo en el Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, donde se realizó el estudio, y se constató la falta de conocimientos sobre la patología, de ahí la importancia de informar mediante charlas educativas los síntomas típicos, atípicos, manejo integral y complicaciones de esta patología. Para lo cual se hizo conocer a los directivos de esta entidad sobre el estudio y desarrollo de la posterior propuesta.

## ACTIVIDADES

Charlas educativas a las usuarias de salud

Entrega de trípticos a Médicos y Residentes que permitan conocer signos y síntomas de las hemorragias del tercer trimestre.

Entrega y difusión de un manual de normas de atención a los médicos tratantes y residentes en el Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo

## RECURSOS HUMANOS:

Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo Pacientes

Investigadores

## MATERIALES:

Trípticos

Computador

## INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo

## CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

Actividad	Contenido	Lugar	Recursos	Responsables
Charlas educativas y entrega de trípticos	¿Qué es la hemorragia del tercer trimestre de embarazo? ¿Cuáles son las causas del componente Materno-Neonatal? ¿Conoce usted las Normas del Componente Neonatal? ¿Cuándo usted considera que existe una hemorragia? ¿En qué se basaría usted para el tratamiento de una hemorragia durante el embarazo? ¿En qué se basa la toma de decisiones para el manejo de la hemorragia de la III Etapa de la labor de parto?.	Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda	Diapositivas            Trípticos	Investigadores
Entrega de guías de atención	Contenido de criterios y normas para el manejo de hemorragias del tercer trimestre de embarazo.	Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda	Manual	Investigadores

### IMPACTO

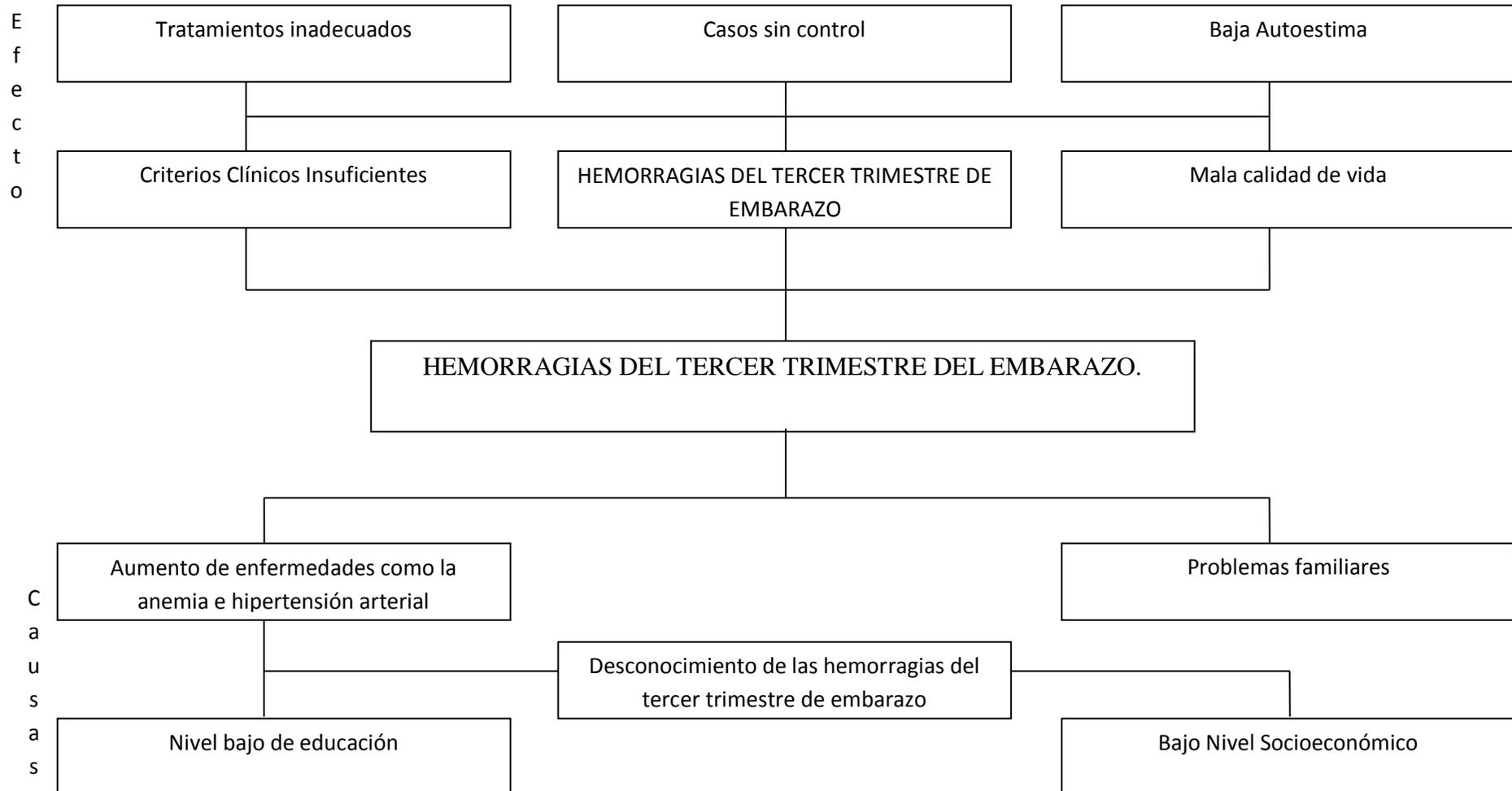
Con esta propuesta se pretende difundir información sobre las hemorragias del tercer trimestre de embarazo en el Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo

Así mismo se pretende actualizar los conocimientos al personal de salud, para que oferten un mejor servicio de atención médica integral.

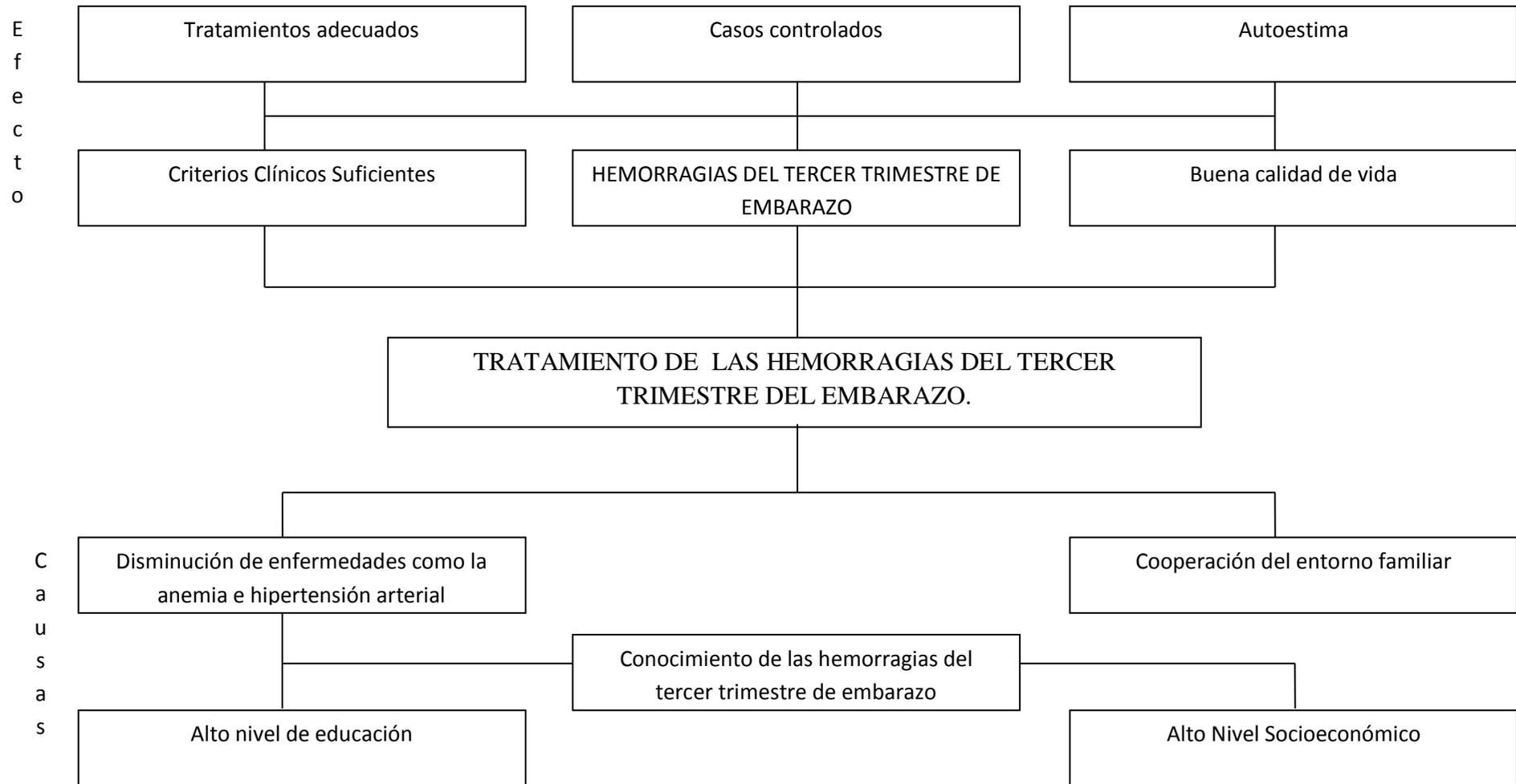
F.O.D.A.

<p><b>F</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Unidad Hospitalaria cuenta con los medios de valoración diagnóstica indispensable para determinar la presencia de esta patología y evaluar la efectividad del tratamiento aplicado.</li> <li>• Se cuenta con los insumos médicos adecuados para el manejo de protocolo completo de mujeres con hemorragia del tercer trimestre de embarazo.</li> <li>• Existe supervisión médica jerárquica al momento de realizar los procedimientos para disminuir los efectos de la hemorragia del tercer trimestre de embarazo en mujeres atendidas.</li> <li>• Dicha Unidad posee ciertos fármacos para contrarrestar los efectos de la hemorragia del tercer trimestre de embarazo y mejorar la calidad de vida en usuarias</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo del mismo</li> <li>• Disminución de la hemorragia del tercer trimestre de embarazo en mujeres atendidas.</li> <li>• Cumplimiento de procedimientos básicos y medidas educacionales.</li> </ul>
<p><b>O</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe dotación de recursos e insumos médicos por parte del Ministerio de Salud Pública.</li> <li>• La Unidad Hospitalaria mantiene convenios con otras Unidades de Salud par efectuar pruebas de diagnóstico adicionales.</li> <li>• Apoyo de médicos especialistas los cuales generan un aporte para el tratamiento de complicaciones producidas por la hemorragia del tercer trimestre de embarazo en mujeres atendidas.</li> <li>• Disposición de presupuesto para la adquisición de medicación.</li> <li>• En casos necesarios se otorga al usuario como parte de su tratamiento ayuda psicológica.</li> <li>• El diagnóstico oportuno e inmediato de la atención médica mejora la calidad de vida de las usuarias de la hemorragia del tercer trimestre de embarazo.</li> </ul>
<p><b>D</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa capacitación sobre manejo de protocolo de esta patología actualizada dirigido al personal de salud</li> <li>• El usuario presenta escaso o poco conocimiento sobre las hemorragias del tercer trimestre de embarazo.</li> <li>• Aplicación errónea de las normas básicas para disminuir la sintomatología del mismo.</li> </ul>
<p><b>A</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La dotación de fármacos es reducida, de la misma manera una nueva dotación de los existentes no se proveen oportunamente.</li> <li>• La medicación faltante en el stock del hospital normalmente representa costos elevados para el usuario en lugares particulares.</li> </ul>

## ÁRBOL DEL PROBLEMA



## ÁRBOL DE OBJETIVOS



## ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Población de usuarios en riesgo	Manejo clínico en las usuarias atendidas	<b>RECURSOS</b> Humanos, materiales <b>MANDATOS</b> Diseñar táctica para otorgar accesibilidad de información sobre el conocimiento de las hemorragias del tercer trimestre.	Hemorragias uterinas Desconocimiento Educación limitada Incremento de enfermedades bases como anemia e hipertensión.
Personal de salud	Manejo adecuado de usuarias con hemorragias del tercer trimestre	<b>RECURSOS</b> Humanos, materiales <b>MANDATOS</b> Realizar revisión de las normas de atención	Falta conocimiento
Comunidad	Generar un ambiente de conocimiento en la comunidad femenina	<b>RECURSOS</b> Humanos, materiales  <b>MANDATOS</b> Fomentar información a la comunidad femenina en general y lograr la propagación de la misma	Privación de información
Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí	Profundizar la temática del hemorragias del tercer trimestre, sus causas, tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida.	<b>RECURSOS</b> Humanos, materiales  <b>MANDATOS</b> Implementar una materia sobre las hemorragias en las embarazadas en el pensum, de estudios de la Carrera de Medicina	Educación limitada
Investigadores	Incrementar la calidad de vida de las usuarias con hemorragias del tercer trimestre y lograr el manejo adecuado de los mismos.	<b>RECURSOS</b> Humanos, materiales  <b>MANDATOS</b> Desarrollar y fortalecer conocimientos, destrezas y ejecución de proyectos de acción	Cambio constante de personal de salud. Falta de accesibilidad y diálogo con personal directivo y administrativo relacionado con la falta de recursos.

Matriz del Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>Capacitar en la evaluación y manejo clínico de las usuarias con hemorragias del tercer trimestre del Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo</p>	<p>Describir manejo de las hemorragias a través de material informativo dirigido al usuario que acude al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p> <p>Analizar el protocolo de hemorragias del tercer trimestre mediante guía didáctica dirigida al personal médico del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p>	<p>Dado que el mayor porcentaje de esta investigación corresponde a las mujeres con hemorragias del tercer trimestre, se evidencia que el origen de esta patología, está relacionada con la edad, la cual afecta el aspecto biológico, psicológico y social de las usuarias.</p>	<p>Promover medidas educativas para mejorar la atención médica de las usuarias</p> <p>Optimización en la atención de la usuaria afectada, lo cual influye de manera positiva en el pronóstico y la calidad de vida del mismo</p>	<p>Registros de control de la Unidad Hospitalaria.</p> <p>Informe de la Unidad Hospitalaria</p> <p>Registros de la evolución de las pacientes.</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un programa educativo a base de charlas y trípticos dirigido a las mujeres con hemorragia del tercer trimestre de embarazo</li> <li>• Concienciar mediante la difusión de un manual de atención a los médicos tratantes y residentes en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo la falta de diagnóstico y tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a la usuaria sobre el conocimiento de esta patología mediante la distribución de material informativo.</li> <li>• Revisar a través de charlas educativas el protocolo de manejo de las hemorragias del tercer trimestre.</li> <li>• Ilustrar la secuencia del manejo adecuado de las hemorragias a través de un tríptico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dado que el mayor porcentaje de este estudio a casos de mujeres que son atendidas en el Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, siendo esta patología el factor más importante se hace imprescindible mejorar la atención médica y la calidad de vida de las pacientes atendidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientización a la población sobre las consecuencias de una inapropiada automedicación</li> <li>• Disminución de la incidencia de casos de hemorragia del tercer trimestre del embarazo en las usuarias.</li> <li>• Ejecución del protocolo de manejo en pacientes con hemorragias del tercer trimestre.</li> <li>• Optimización en la atención de la usuaria con hemorragias del tercer trimestre, influye de manera positiva en el pronóstico y la calidad de vida del mismo</li> <li>• Aplicación del protocolo de manejo de mujeres con hemorragias del tercer trimestre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de trípticos.</li> <li>• Capacitaciones dirigidas al Personal de salud del Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo</li> <li>• Implementación de un Manual de normas dirigido a profesionales del Subproceso de Gineco Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramowicz J, Sheiner E. (2008). Ultrasound of Placenta: A Systematic Approach. Part I: Imaging. *Placenta* 2008; 29: 225-240.
- Baker H, DeAngelis B, Holland B, Gittens L, Barrett T. (2002). Vitamin profile of 563 gravidas during trimestres of pregnancy. *J Am Coll Nutr*; 21(1):33-7
- Alan H. de Cherney-Lauren Mathen. (2005) ginecología y obstetricia, octava edición y novena edición.editorialmcgraw-hill.
- Carlin A, Zarco A. (2006) Intrapartum Fetal Emergencias. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*; 11: 150-157.
- Carlin A, Zarco A. (2006) Intrapartum Fetal Emergencias. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*; 11:150-157.
- Charles J. Lockwood, MDRusso Karen-Stieglitz, (2010) MD UpToDate review version 18.2
- Cunningham Williams (2011). Manual de obstetricia complicaciones en el embarazo.vigésima tercera edición.editorialmcgrawhill.
- Deneux, T. et al. Underreporting Of Pregnancy-Related Mortality In The United State And Europe.*Obstet-Gynecol*. Editorial Sivago. Francia. 2005.
- Duley L, Henderson-Smart D (2008). Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*
- Fajemirokun-Odudeyi O, Lindow SW. (2004) Obstetric Implications of Cocaine Use in Pregnancy: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;112(1):2-8.
- Getahun D et al. (2006) Acute and Chronic Respiratory Disease in Pregnancy: associations with Placental Abruption. *Am J Obst Gyn*; 195: 1180-1184.
- González Jesús. (2006). *Obstetricia*. Quinta edición. Elsevier España
- Hickey M, Higham J, Fraser IS (2004) Progestogens versus oestrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*,. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hoyt G. (2006) Bleeding in Pregnancy: What´s the Diagnosis? p. 16-18.
- Jahromi B, Hussein Z. (2008) Pregnancy Outcome at Maternal Age 40 and Older. *Taiwán J Obstet Gynecol*; 47(3): 318-321.
- Ko, Patrick; Young Yoon (agosto de 2007). «Placenta previa». *Emergency medicine* (en inglés). eMedicine.com. Consultado el 15 de mayo de 2009

Lefkou E, Hunt B. Haematological management of obstetric Haemorrhage. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 2008; 18(10): 265-271

Lethaby A, Irvine G, Cameron I (2004) Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Levi, M. (2007) Pathogenesis and Treatment of Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) in the Peripartum Period. *Thrombosis Research*; 119(1): s16.

Londoño Juan. Botero Jaime, Henao Guillermo, (2008). texto integrado. obstetricia y ginecología. octava edición. Colombia.

Matsaseng T et al. (2006) Pregnancy Outcomes in Patients with Previous History of Abruptio Placentae. *Int J Obstet Gynaecol*; 92: 253-254.

MedlinePlus (2008). Desprendimiento prematuro de placenta (en español). Enciclopedia médica en español. Biblioteca Nacional de Medicina. EE.UU.

Méndez Omar. (2008). Hemorragias obstétricas. Tercera edición. Colombia.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2007). Indicadores básicos de salud.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud Materna. (2008).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Materno Neonatal. Componente Obstétrico. Quito – 2008.

Mukherjee S, Bhide A. (2008). Antepartum haemorrhage. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*; 18(12): 335-339

Ngeh N, Bhide A. (2006). Antepartum haemorrhage. *Current Obstetrics Et Gynecology*; 16: 79-83.

Organización Mundial de la Salud. La anemia como centro de atención: Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra:OMS; 2004.

O. Rigol. (2004). Sangramientos en obstetricia (en español). Editorial Ciencias Médicas.

Oholeguy P, Cheda I, Sotero G. Vasa (2011) Previa Comunicación de un Caso. *Revista Médica Uruguay*; 27(3):161-165

Peyman A, Shishegar F, Abbasi Z. (2011). Uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor in Iran. A randomized controlled trial. *J Basic Appl Sci Res*;1:1930-3.

Ramírez García O, Martín Martínez A, García Hernández JA. Duración del embarazo. Modificaciones de los órganos genitales y de las mamas. Molestias comunes del embarazo normal. Panamericana Ed. Tratado de Gineco-logía, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Cabero Roura L, Madrid,2003; pp. 232-237

Sakornbut E. (2007) Late Pregnancy Bleeding. American Family Physician; 75(8): 1999-2006.

SOGC Clinical (2008). Practice Guideline. Diagnosis and Management of Placenta Previa. Int J Obstet Gynecol: 1-6.

Tikkanen M. et al. (2006) Clinical Presentation and Risk Factors of Placental Abruption. Acta Obstetricia et Ginecológica; 85: 700-705.

Williams J et al. (2008). Critical Care in Obstetrics: pregnancy-specific conditions. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology; 22(5): 825-846.

Yang Q et al. (2007). Association of Caesarean Delivery for First Birth with Placenta Praevia and Placental Abruption in Second Pregnancy. BJOG: 609-613.

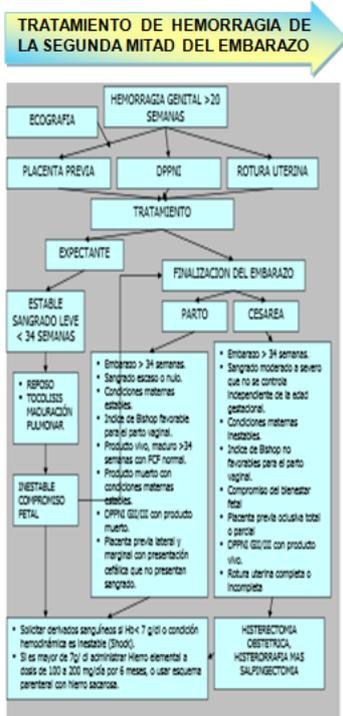
Zhang X et al. (2007). Placental Abruption is more frequent in women with the Angiotensinogen THR235 Mutation. Placenta; 28: 616-619.

## ANEXOS

# ANEXO N. A

## TRÍPTICO

### Cara anterior



**HEMORRAGIA Y SHOCK HIPOVOLEMICO EN OBSTETRICIA**

CODIFICACION CIE 10	
988.1	Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar
928	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO (Excluye embarazo terminado en
928.0	Otras hemorragias precoces del embarazo
928.9	Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación
946	HEMORRAGIA ANTEPARTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
946.0	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación
946.1	Otras hemorragias anteparto
946.9	Hemorragias anteparto, no especificada
972	HEMORRAGIA POSPARTO
972.0	Hemorragia del tercer periodo del parto (asociada a retención o adherencia de
972.1	Otras hemorragias posparto inmediatas (atonia)
972.2	Hemorragia posparto secundaria o tardía (por retención fragmentos de placenta)
972.3	Defecto de la coagulación postparto
CODIFICACION CIAP 2	
W64	Embarazo de alto riesgo
W65	Diabetes estacional
W66	Otros problemas enfermedades del embarazo parto

DEFINICIONES.	
<b>HEMORRAGIA DE CAUSA OBSTETRICA</b>	Aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmente superior a los 500 cc de sangre.
<b>SANGRADO DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO</b>	Pérdida sanguínea en embarazo menor de 20 semanas.
<b>SANGRADO DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO</b>	Pérdida sanguínea en embarazo mayor de 20 semanas. Sangrado genital durante el trabajo de parto antes de que se produzca el parto.
<b>SANGRADO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO</b>	Hemorragia que sucede luego del nacimiento del producto.
<b>SHOCK HIPOVOLEMICO</b>	Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**  
**"GUIA DE MANEJO CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO"**

**Hemorragia del Tercer Trimestre.**

*Elaborado por:*  
**MURILLO BERMUDEZ LEONELA STEFANIA**  
**ZAMORA GARCIA JUAN CARLOS**  
*Director:*  
**DR. JHON PONCE ALENCASTRO MG.SC**

**PORTOPIEHO - MANABÍ - ECUADOR**  
**2018**

### Cara posterior

#### PRESENTACIÓN

La salud y desarrollo de las mujeres es importante para el progreso de nuestro país. La disminución de la mortalidad materna es un indicador de desarrollo social. La mortalidad materna puede prevenirse, abordándolo desde el enfoque de las 4 demoras\*. La principal causa de muerte es la hemorragia, le siguen la infección, preeclampsia, eclampsia y los abortos. La mortalidad materna generalmente se acompaña de la muerte de la o el recién nacido(a). Al morir la madre se destruye el núcleo familiar, perdiéndose un eslabón importante en el desarrollo de las comunidades, lo cual tiene implicaciones sociales y económicas. Es importante la atención integral de las niñas, adolescentes, y futuras madres así como de las mujeres en condición de embarazo, parto y puerperio, para garantizar la salud de la mujer. Es necesario promover el control prenatal temprano, un parto limpio y seguro, así como cuidados del puerperio, para identificar tempranamente factores de riesgo, signos y síntomas de peligro y atender las complicaciones de manera oportuna, involucrando a la mujer, su familia y la comunidad para lograr condiciones de salud adecuadas para la madre y el neonato.



#### OBJETIVO

1. Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y el proceso de embarazo, parto, puerperio y cuidados de la o el recién nacido(a).
2. Identificar las señales de peligro y complicaciones para referir oportunamente, si no hay capacidad resolutoria en el servicio.
3. Detectar oportunamente factores de riesgo y/o enfermedades (diabetes, TB, hipertensión, infecciones del tracto urinario, anemia, desnutrición, VIH, entre otras).

**Incentivar a las madres para que se realicen los controles prenatales**

<b>ANEMIA LEVE</b>	Hb: 10,1 - 10,9 g/dl
<b>ANEMIA MODERADA</b>	Hb: 7,1 - 10,0 g/dl
<b>ANEMIA SEVERA</b>	Hb: < 7,0 g/dl

Anemia Working Group Latin America. Guía Latinoamericana: Anemia en Obstetricia. OMS.

**TODAS LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES DE ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO PUEDEN COMPLICAR EL CURSO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.**

**DIAGNOSTICO DE ANEMIA FERROPENICA EN EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL**

**SANGRADOS DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO**

- ATONIA - HIPOTONIA UTERINA.
- DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO: CUELLO, VAGINA O PERINE.
- RETENCIÓN DE PLACENTA.
- RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS.
- INVERSIÓN UTERINA.
- ROTURA UTERINA.
- HEMORRAGIA POSPARTO TARDEA.



## ANEXO N. B

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE MEDICINA



## ENCUESTA

De la manera más respetuoso me dirijo a ustedes médicos tratantes y residentes del área Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, nosotros los investigadores le informamos que estamos realizando una encuesta sobre el manejo de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo, su participación es completamente voluntaria, cuyos resultados no serán revelados se guardara absoluta discreción, lea toda la información que se ofrece.

1.- ¿Cuáles son las causas de la hemorragia del tercer trimestre del embarazo?

- Obstétricas   
No Obstétricas

2.- ¿Qué nivel de conocimiento tiene sobre los protocolos del componente Materno-Neonatal?

- Alto   
Medio   
Bajo

3.- ¿Cumple con las normas del Componente Materno-Neonatal?

- Muy frecuente   
Frecuentemente   
A veces   
Nunca

4.- ¿Cuándo considera que se debe controlar una hemorragia pos parto?

- Leve (500-600)   
Moderado (700-900)   
Grave (>900)

5.- ¿Cómo es el manejo de una hemorragia durante la III Etapa de la labor de parto en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda?

Adecuado

No adecuado

6.- ¿En qué evidencia científica se basa para la toma de decisiones para el manejo de la hemorragia de la III Etapa de la labor de parto?

Meto análisis

Estudios de casos

Guías clínicas (protocolos)

Criterios de expertos (experiencia)

ANEXO N. C

FOTOS



Recolección de datos en estadística



Realización de encuesta a médicos tratantes y residentes



Entrega de trípticos médicos tratantes, residentes y Lcda.