



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE:

OBSTETRA

TEMA

PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, PROPUESTA DE MANEJO TERAPÉUTICO. DESDE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

SUMBA JADAN LOURDES ELIZABETH

AUTORA

DR. PARRALES CANTOSHILBER

TUTOR

PORTOVIEJO- ECUADOR

2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor de trabajo de investigación de tesis para optar por el Título de Obstetra de la Universidad de Guayaquil.

Certifico que eh dirigido y revisado la tesis de grado presentada por la Srta. SUMBA JADAN LOURDES ELIZABETH.

Cuyo tema de tesis es: Prevalencia de la hemorragia obstétrica del primer trimestre del embarazo en el Hospital Verdi Cevallos de la ciudad de Portoviejo, propuesta de manejo terapéutico Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 después de su revisión reúne los requisitos para ser aprobada.

DR. PARRALES CANTOS HILBER

Tutor de tesis

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICI

Esta Tesis ha sido aceptada por los miembros del comité de tesis de la Escuela de Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil como requisito previo a la obtención del título de Obstetras

Obst. Delia Crespo Antepara. MSc
Directora de la Escuela de Obstetricia



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Esta Tesis cuya autoría corresponde a SUMBA JADAN LOURDES ELIZABETH ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar el título de Obstetra.

OBST. MARIA PALACIOS TAVARA
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DR. YURI PATIÑO LUZARRAGA
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis es el reflejo de todos mis esfuerzos.

Primeramente dedico mi tesis a

Dios por darme fuerza para culminar con esta etapa estudiantil.

A mis padres por ser mi guía, el apoyo incondicional, moral y económico, ya que son el principal motivo de mi superación; y porque han estado a mi lado en todo momento. Quienes con sus consejos, apoyo, ejemplo, experiencias y sabidurías me ayudaron a no renunciar, a ser perseverante, constante y a no decaer en ningún momento.

A mis amigos y con quien compartí momentos alegres.

GRACIAS A TODOS

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado

.A la Escuela de Obstetricia por darme la oportunidad de estudiar y ser

Una profesional.

A mi director de tesis, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus

conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación,

Al personal del Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos por las facilidades brindadas para realizar este estudio.

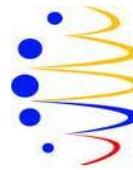
Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a

las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y

compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS

AUTOR/ ES: Lourdes Elizabeth Sumba Jadan

REVISORES: Dr. Hilber Parrales

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: De Ciencia Medica

CARRERA: Obstetricia

FECHA DE PUBLICACION:

Nª DE PÁGS:81

ÁREAS TEMÁTICAS: salud

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA DEL PRMER TRIMESTRE -- CONTROL PRENATAL - COMPLICACIONES

RESUMEN:

Tradicionalmente, el embarazo es considerado un evento fisiológico. Sin embargo, cerca de un 20% de las embarazadas desarrolla patologías obstétricas que se asocian a mortalidad materna y perinatal. A nivel mundial, cada año medio millón de mujeres fallece durante el embarazo y parto debido a estas complicaciones. Desafortunadamente, un número significativo de las urgencias obstétricas ocurre en pacientes sin factores de riesgo, por lo que la prevención, identificación precoz e intervención a tiempo de estos eventos juegan un rol fundamental para contrarrestar un resultado perinatal adverso. Este estudio se lo realizo en el proceso de Gineco Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, en el cual se revisaron 179 carpetas de pacientes que se les había diagnosticado hemorragia del primer trimestre de embarazo, en el periodo comprendido del 1 de Septiembre de 2012 a 29 de Febrero de 2013.El objetivo general fue conocer las principales causas de hemorragias en el primer trimestre del embarazo en el Hospital Verdi Cevallos de la ciudad de Portoviejo, para ello fue necesario 1.- Detectar las causas de hemorragias del primer trimestre 2.-Aplicar la evidencia científica disponible para el manejo de las hemorragias.3.-Conocer la incidencia de metrorragia del primer trimestre en el Hospital Verdi Cevallos y 4.- Conocer las recomendaciones para evitar estas complicaciones La mayoría de pacientes de este estudio tenían menos de 20 años eran multigestas, provenían del área urbana marginal , tenían entre 7 a 10 semanas de embarazo , presentaron sangrado genital , les diagnosticaron aborto incompleto Ninguno de los centros de salud cuenta con un medio de transporte para asegurar el traslado de las pacientes, ni tampoco una red de comunicación adecuada

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

**CONTACTO CON
AUTOR/ES:**

Teléfono: 0986013215

E-mail:
lourdesesumbaj@hotmail.com

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

INDICE DE CONTENIDO

Resumen	-----	
Summary	-----	2
1.- Introducción	-----	3
1.1.- Planteamiento del Problema	-----	6
1.1.1.- Determinación del Problema	-----	6
1.1.2.- Preguntas de Investigación	-----	7
1.1.3.- Justificación	-----	8
1.2.- Objetivos	-----	9
1.2.1 Objetivo General	-----	9
1.2.2 Objetivos Específicos	-----	9
1.3.- Hipótesis	-----	9
2 Marco teórico	-----	10
2.1.- Marco Conceptual	-----	10
3.- Materiales Y Métodos	-----	51
3.1.1.- Lugar de la investigación	-----	51
3.1.2.- Periodo de la investigación	-----	51
3.1.3. Recursos empleados	-----	51
3.1.3.1 Recursos Humanos	-----	51
3.1.3.2. Recursos Físicos	-----	51
3.1.4 Universo y muestra	-----	51
3.1.4.1 Universo	-----	51
3.1.4.2. Muestra	-----	52
3.2 Métodos	-----	52
3.2.1 Tipo de investigación	-----	52
3.2.2 Diseño de investigación	-----	52
3.2.3 Análisis de los datos	-----	52
4.- Análisis de los resultados	-----	53
5.- Conclusiones	-----	61
6.- Recomendaciones	-----	63
7.- Propuesta	-----	64
8.- Bibliografía	-----	
9.- Anexos	-----	80

RESUMEN

Tradicionalmente, el embarazo es considerado un evento fisiológico. Sin embargo, cerca de un 20% de las embarazadas desarrolla patologías obstétricas que se asocian a mortalidad materna y perinatal.

A nivel mundial, cada año medio millón de mujeres fallece durante el embarazo y parto debido a estas complicaciones. Desafortunadamente, un número significativo de las urgencias obstétricas ocurre en pacientes sin factores de riesgo, por lo que la prevención, identificación precoz e intervención a tiempo de estos eventos juegan un rol fundamental para contrarrestar un resultado perinatal adverso.

Este estudio se lo realizó en el proceso de Gineco Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, en el cual se revisaron 179 carpetas de pacientes que se les había diagnosticado hemorragia del primer trimestre de embarazo, en el periodo comprendido del 1 de Septiembre de 2012 a 28 de Febrero de 2013.

El objetivo general fue conocer las principales causas de hemorragias en el primer trimestre del embarazo en el Hospital Verdi Cevallos de la ciudad de Portoviejo, para ello fue necesario **1.-** Detectar las causas de hemorragias del primer trimestre **2.-** Aplicar la evidencia científica disponible para el manejo de las hemorragias. **3.-** Conocer la incidencia de metrorragia del primer trimestre en el Hospital Verdi Cevallos y **4.-** Conocer las recomendaciones para evitar estas complicaciones

La mayoría de pacientes de este estudio eran multigestas tenían menos de 20 años eran multigestas, provenían del área urbana marginal, tenían entre 7 a 10 semanas de embarazo, tenían entre 7 a 10 semanas de embarazo, presentaron sangrado genital, les diagnosticaron aborto incompleto

Ninguno de los centros de salud cuenta con un medio de transporte para asegurar el traslado de las pacientes, ni tampoco una red de comunicación adecuada

**PALABRAS CLAVES: HEMORRAGIA DEL PRMER TRIMESTRE --
CONTROL PRENATAL - COMPLICACIONES**

SUMMARY

Traditionally, pregnancy is considered a physiological event. However, about 20% of pregnant women develop obstetric pathologies that are associated with mortality maternal and perinatal mortality.

Globally, each year half a million women die during pregnancy and childbirth due to these complications. Unfortunately, a significant number of obstetric emergencies occur in patients without risk factors, so that prevention, early identification and intervention in time of these events play a fundamental role to counter adverse perinatal outcome.

This study was conducted as in the process of Gynecology Hospital Obstetrical Verdi Cevallos Balda Portoviejo city, which were revised in folders 179 patients had been diagnosed months hemorrhage first trimester of pregnancy, at 1 comprised period September of 2012-29 of February 2013.

The overall objective was to determine the main causes of bleeding in the first trimester of pregnancy at the Hospital Verdi Cevallos Portoviejo city, for it was necessary

1. - Identify the causes of bleeding in the first quarter
- 2.-Apply scientific evidence for the management of hemorrhagias.
- 3.-To determine the incidence of first-trimester metrorrhagia Verdi Cevallos Hospital and
4. - Know the recommendations for avoid these complications

Most patients in this study were multiparous were less than 20 years were multiparous, were from the urban marginal, were between 7-10 weeks of pregnancy, were between 7-10 weeks pregnant, had genital bleeding, incomplete abortion were diagnosed None of the health centers has a transport means for ensuring the transfer of patients, nor a suitable communication network

KEY WORDS: PRIMERS BLEEDING THE QUARTER - CONTROL PRENATAL - COMPLICATIONS

1.- INTRODUCCION

La mortalidad materna global alcanza 530.000 casos anuales, y una cuarta parte es consecuencia de hemorragias obstétricas. Se estima que en el mundo mueren unas 140.000 mujeres por año, una cada cuatro minutos, a causa de hemorragia obstétrica

Estableciendo una comparación práctica con situaciones catastróficas, podemos decir que por cada día, mueren en el mundo por causas obstétricas, un número de mujeres equivalente al número de pasajeros que alojan cuatro aeronaves 747 –Jumbo, una de ellas con mujeres que padecen hemorragias obstétricas graves

Los mayores contribuyentes con estas cifras son los países en vías de desarrollo.

Las causas de mortalidad materna en dichos países son:

Hemorragias graves 28.7%

Tromboembolismo 19.7%

Hipertensión gestacional 17.6%

Infecciones 1%

Miocardopatías 5.6%

Complicaciones anestésicas 2.5%

Otras causas 12.7%

La hemorragia obstétrica grave plantea una problemática que comprende tres aspectos diferentes, que necesariamente influirán sobre la morbimortalidad, y deben abordarse simultáneamente con la finalidad de lograr su resolución: Científico: se refiere al conocimiento de la patología y de los recursos terapéuticos disponibles.

Recursos: está referido a la disponibilidad de infraestructura y materiales apropiados, (instrumental, suturas, medicamentos, equipamiento, catéteres, entre otros), y de la cantidad de personal médico y paramédico entrenado.

Cultural: Es un concepto amplio responsable en alguna medida del elevado número de decesos. Se refiere a las decisiones políticas a la hora de organizar y disponer los recursos terapéuticos y la logística necesaria.

Esto no solo abarca a las autoridades gubernamentales, sino también a los responsables de tomar decisiones en los distintos centros de salud estatales o privados, y también al médico afectado a la atención de cada caso, quien en definitiva tendrá que tomar decisiones acertadas y en el tiempo oportuno.

Se citó como ejemplo de políticas opuestas, lo acontecido en la India y en los países escandinavos

En India, la esposa preferida del Shah Jahan, (emperador de principios del siglo XVII), la emperatriz Mumtaz Mahal, falleció en su décimo cuarto parto por una hemorragia obstétrica, en 1631. El emperador dedicó el resto de su vida a la construcción de la tumba para su esposa, el Taj Mahal, el cual requirió de 20.000 obreros y 20 años para su terminación.

Sin duda un gran esfuerzo, pero en el sentido, ya que aun hoy, y con el Taj Mahal como testigo, la India sigue contribuyendo a la estadística mundial con altas cifras de mortalidad materna.

Por contrapartida en Suecia, en la misma década de la muerte de Mumtaz, se creó el colegio médico que en 1749 estableció el primer registro vital europeo. La infraestructura resultante, la educación, el entrenamiento de médicos y enfermeras, y un sistema de registro, lograron disminuir la mortalidad materna, de 900 a 230 por 100.000, entre 1751 y 1900

.

En 1997, con motivo de la inauguración del congreso de la FIGO en Copenhague, y haciendo referencia a ese aspecto del problema, el presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia dijo: “Las mujeres no están muriendo

por enfermedades que no podamos tratar; están muriendo porque las sociedades no han tomado aún la decisión si esas vidas valen la pena ser salvadas.”Mahmoud Fathalla, President of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), World Congress, Copenhagen, 1997.

Teniendo en cuenta que 2/3 de los casos no tienen factores de riesgo identificables, podemos afirmar que la hemorragia obstétrica podrá afectara cualquier mujer en cualquier parto. Pero la misma patología proporciona desigualdad de oportunidades en cuanto a la posibilidad de sobrevivir se refiere

.

Esto último se debe, por un lado a factores propios de cada paciente: su estado nutricional, la condición médica previa, el acceso a determinados niveles de atención médica, estrato social y casta religiosa la que pertenece región que habita, entre otros factores; los cuales al menos en países subdesarrollados, podríamos considerarlos inevitables o inmodificables en la mayoría de los casos

. Por otra parte factores circunstanciales conforman el denominado triple retraso: retraso diagnóstico, retraso en la búsqueda de asistencia apropiada y retraso en la aplicación del tratamiento adecuado

Todo lo expuesto hace pensar que el gran desafío internacional, no es tecnológico sino estratégico y de organización. Y es así como lo manifiesta la OMS, cuando en 2005 llama a la comunidad internacional a disminuir la mortalidad materna en un 75 % el año 2015

Hasta el momento no parece haberse tomado medidas suficientes en este sentido, por lo que la OMS predice que ya no será posible alcanzar el objetivo propuesto en el periodo referido

.

Las hemorragias obstétricas graves representan en Argentina la segunda causa de muerte materna. La magnitud de este flagelo nos compromete a involucrarnos con la propuesta internacional, para lo cual es fundamental la comprensión de la magnitud del problema y establecer una metodología que establezca una conducta estándar

La hemorragia obstétrica es una entidad multifacética y por lo tanto comprende aspectos vinculados con la obstetricia la anatomía la hemodinámica hematología, la anestesiología la urología, entre otros

Por este motivo el abordaje éxito solo se logrará a través de un enfoque multidisciplinario. El concepto de abordaje multidisciplinario no solo se refiere a la participación de diversas especialidades, sino también la asimilación por parte del obstetra de conocimiento básico sobre otras disciplinas que toman parte de la atención de las hemorrágicas obstétricas graves

.Así, el obstetra deberá:

Estimar la magnitud de la pérdida hemática y confirmar su origen.

Asegurar el soporte hemodinámico mediante vías de acceso venoso e infusión de líquidos.

Mejorar aporte de O

Cateterizar la vejiga

Enviar al laboratorio las muestras para los estudios que se consideren necesarios

Convocar al equipo multidisciplinario mientras se realiza el traslado al área quirúrgica, (si es que la paciente no estuviera allí).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El sangrado vaginal durante el embarazo, es cualquier flujo de sangre a través de la vagina entre el momento de la concepción y el final del embarazo.

Entre el 20% y el 30% de las mujeres experimenta algún sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas del embarazo; y hasta un 10% de las mujeres lo presenta durante el tercer trimestre. Si bien éste es a menudo parte normal del proceso de gestación, el mismo puede indicar complicaciones.

Contando desde el primer día de la última menstruación, a los 14 días aproximadamente, se produce la ovulación, que es el período fértil de la mujer, si se mantienen relaciones

sexuales en esta fecha y están dadas las condiciones hormonales necesarias, se produce el embarazo (concepto) la sospecha de embarazo debemos consultar al especialista para realizar un temprano control prenatal. A través de la ecografía se puede visualizar la evolución del embrión, su corazón, el cordón umbilical, la placenta, etc. y descartar patologías del primer trimestre que comprenden desde la fecundación hasta la 12/14 semanas de gestación.

La hemorragia vaginal durante el embarazo, es siempre motivo de consulta urgente con el obstetra y si no es posible ubicarlo, es conveniente asistir rápidamente a un centro médico especializado en obstetricia. Aun cuando la hemorragia sea pequeña, vale la pena consultar al especialista para realizar un temprano control prenatal.

A través de la ecografía se puede visualizar la evolución del embrión, su corazón, el cordón umbilical, la placenta, etc. y descartar patologías del primer trimestre que comprenden desde la fecundación hasta la 12/14 semanas de gestación.

La hemorragia vaginal durante el embarazo, es siempre motivo de consulta urgente con el obstetra y si no es posible ubicarlo, es conveniente asistir rápidamente a un centro médico especializado en obstetricia

1.1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

FILIACIÓN:

Nombre

Edad

Estado Civil:

Ocupación

NIVEL EDUCATIVO

¿Ha estudiado primaria completa ---- incompleta ---?

¿Ha estudiado secundaria completa ----incompleta-----?

¿Ha realizado estudios superiores?-----

Control Prenatal

Paridad,

Número de visitas a control prenatal,

Área de residencia,

Edad gestacional que se cursaba cuando se presentó el evento

1.1.3.-JUSTIFICACION

Actualmente el embarazo y todo lo que se encuentra relacionado con la gestación tiene una importancia capital en la sociedad, posiblemente ello sea así porque cada vez las familias sean menos numerosas, y por tanto existan menos gestaciones en el seno de la misma mujer, lo que hace que, unido al aumento de la edad materna en el momento de la primera gestación y la cada vez más programación del embarazo haga que el producto de la concepción sea valorado como un bien preciado.

Aproximadamente entre el 15 - 30% de las gestaciones se encuentran complicadas por un sangrado vaginal durante el primer trimestre, siendo una cifra que se encuentra en aumento, sin saberse bien la causa aunque se teoriza que es debido a las cada vez más frecuentes técnicas de reproducción asistida, así como al aumento en la edad materna y al diagnóstico cada vez más temprano de la gestación.

Este hecho último está haciendo que el diagnóstico de aborto esté aumentando debido a que ahora ya es posible diagnosticar un embarazo muy tempranamente, con la consiguiente pérdida en periodo preimplantacional o implantacional precoz, sin haberse producido siquiera la primera amenorrea, el llamado aborto o gestación bioquímica.

Pero debemos conocer que la metrorragia del primer trimestre puede ser normal, correspondiéndose con patrones fisiológicos que intervienen en el mecanismo de la implantación del ovocito en el útero, donde actuarán factores hemostáticos locales, factores tisulares expresado en el citotrofoblasto y factores sistémicos de la mujer que juegan distintos roles en el curso del embarazo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1.- GENERALES

Hemorragias en el primer trimestre del embarazo en el Hospital Verdi Cevallos de la ciudad de Portoviejo en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre del 2012 al 28 de febrero del 2013

1.2.2., ESPECIFICOS

Detectar las causas de hemorragias del primer trimestre

Aplicar la evidencia científica disponible para el manejo de las hemorragias.

Conocer la incidencia de metrorragia del primer trimestre en el Hospital Verdi Cevallos

Conocer las recomendaciones para evitar estas complicaciones

1.3 HI POTESIS

¿Toda pérdida sanguínea que ocurra en este periodo es motivo de Aborto?

1.4 VARIABLES

Edad

Control Prenatal

Paridad,

Número de visitas a control prenatal,

Área de residencia,

Edad gestacional que se cursaba cuando se presentó el evento

2 MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

. Se define como aquel sangrado que se produce a través de la vagina en cualquier momento del embarazo y cuya presencia no está justificada.

Entre las hemorragias del Primer trimestre tenemos Aborto, embarazo y Enfermedad trofoblástica gestacional

La OMS reporta que:

En al mundo se presentan 166.000 muertes maternas al año debidas a hemorragias Obstétricas de la primera mitad del embarazo.

Representa el 25% del total de muertes maternas.

El 75% de las muertes maternas se dan antes de la 16 semana de gestación.

El 25% de las muertes maternas antes de la 12 semana de gestación.

Las mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si han tenido dos abortos previos aumenta en un 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47%.

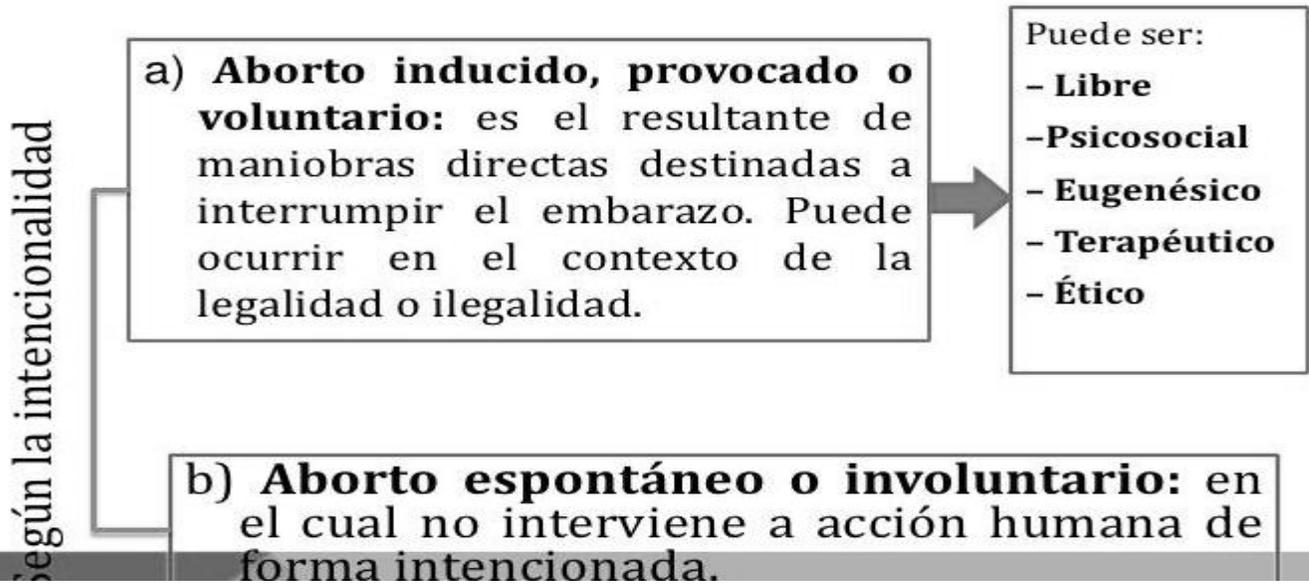
Por cada muerte materna por hemorragia de la primera mitad el embarazo, hay 15 mujeres con secuelas. OMS. 2004.

2.1.1 ABORTO

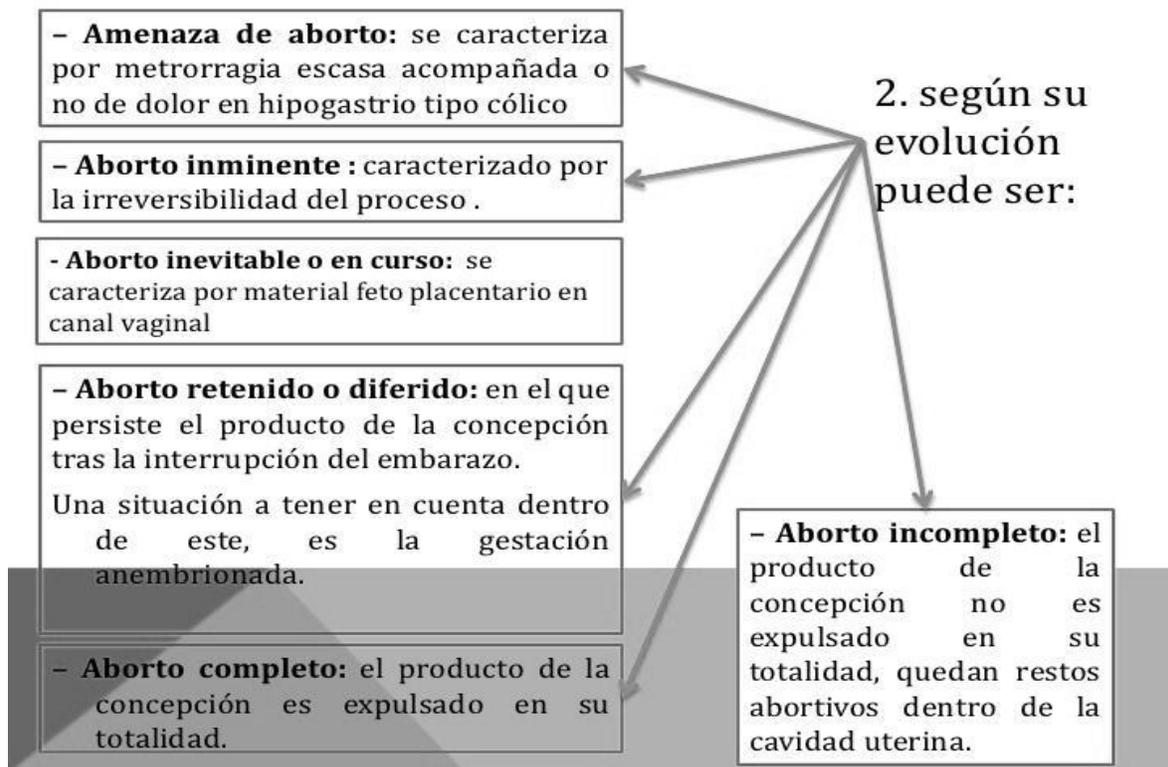
CONCEPTO

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la 22 semana de gestación, o con embrión o feto menor de 500 gr y 25 cm de talla, independientemente del carácter espontáneo o provocado del mismo.

2.1.2 SEGUN LA INTENCIONALIDAD



2.1.3 SEGUN SU EVOLUCION



SEGÚN LAS CONSECUENCIAS O COMPLICACIONES



-Aborto no complicado o no infectado.



-Aborto complicado:
Infección (aborto séptico), hemorragia.

FRECUENCIA

En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta al 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47%.

ETIOLOGIA

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida.
Dentro de éstas pueden ser de dos tipos:

- Ovular: anomalías genéticas.
- Maternas:
 - Anatómicas.
 - Endocrinas.
 - Infecciosas.
 - Inmunológicas.
 - Ambientales y iatrogénicas.

A) ANOMALÍAS GENÉTICAS

Es la causa más común de aborto espontáneo (del 50 al 70%).

La proporción de anomalías cariotípicas disminuye a medida que avanza la gestación. Las alteraciones cromosómicas más frecuentes en el primer trimestre son las trisomías autosómicas 16, las trisomías 13, 18, 21, así como la monosomía 45 X. En el aborto de repetición las anomalías más frecuentes son las translocaciones. En el 2-5% de estas parejas existe una translocación equilibrada.

- **Malformaciones uterinas**

- **Causa endometrial o implantatoria**

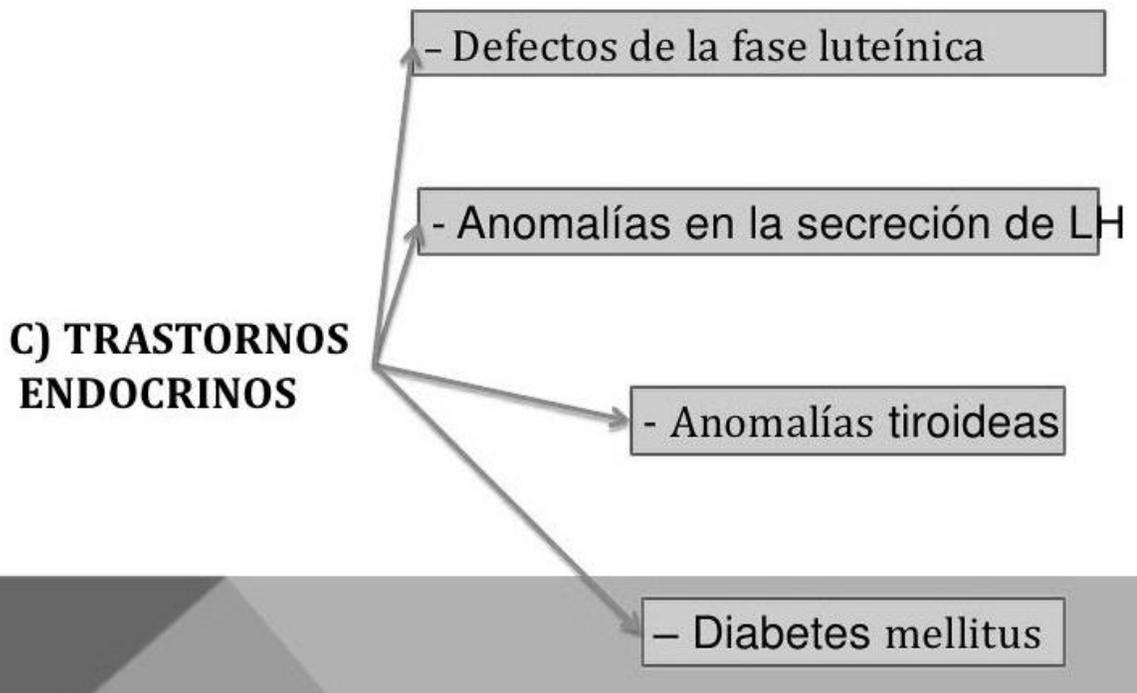
- **Miomas uterinos**

- **Sinequias uterinas**

- **Insuficiencia ístmicocervical**

- **Otras: Placentación anormal, útero hipoplásico.**

B) ANOMALÍAS ANATÓMICAS O UTERINAS



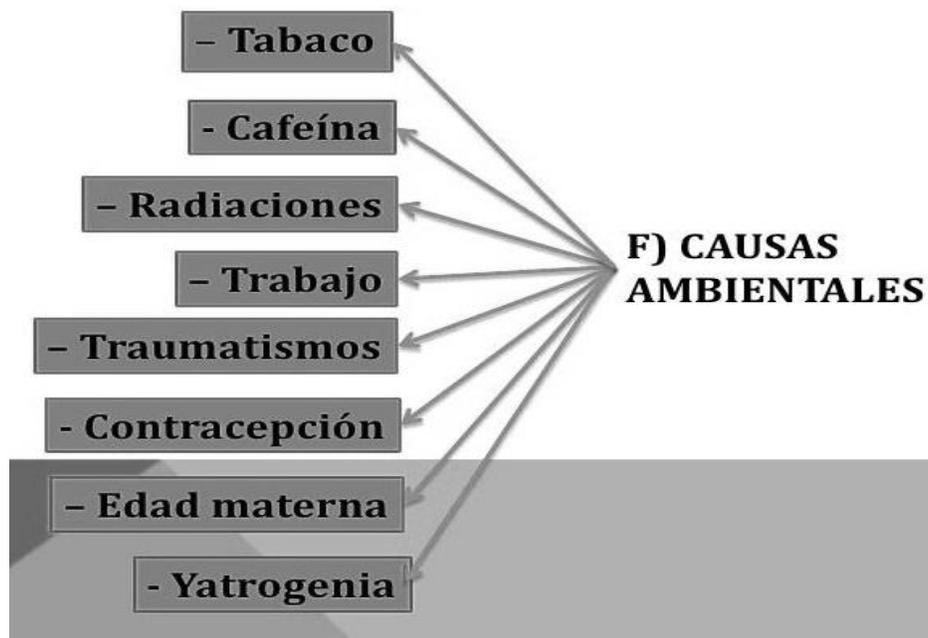
D) CAUSAS INFECCIOSAS

Cualquier enfermedad infecciosa aguda puede ser causa de aborto esporádico, aunque ciertos agentes infecciosos se relacionan más con éstos, como los microorganismos productores de la viruela, cólera, paludismo, toxoplasmosis y brucelosis, siendo el *Ureoplasma urealyticum* y *Micoplasma hominis*. También causan abortos la *Listeria monocytogenes*, Citomegalovirus y Virus Herpes Simple.

No se ha podido demostrar que el VIH incremente la tasa de abortos espontáneos. La lues es la única enfermedad con efecto demostrado en el aborto recurrente.

E) ABORTOS DE ORIGEN INMUNOLÓGICOS

Probablemente, el 80% de los abortos de origen desconocido tienen una base inmunológica. El sistema inmune materno reconoce a la unidad feto-placentaria y establece los mecanismos de autotolerancia. Cualquier fallo de éste podría ser causa de aborto, observándose una mayor prevalencia de anticuerpos autoinmunes órgano y no organoespecíficos.



2.1.4 DIAGNOSTICO

Se basa en:

- Historia clínica completa, evaluación de los factores de riesgo, determinación de la edad gestacional, sintomatología clínica (sangrado vaginal, y dolor pélvico.)
- Examen clínico: evaluación del estado general, evaluación de las funciones vitales: fiebre, hipotensión.
- Examen del abdomen: dolor abdominal, altura uterina, latidos fetales, signos peritoneales.
- Examen ginecológico: sangrado vaginal, expulsión de tejidos ovulares, examen de cuello uterino, lesiones del mismo.
- Exámenes auxiliares: hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo Rh, examen de orina, hCG, ecografía pélvica, cultivo de secreción cervical.

4.2.9.- FORMAS CLINICAS

La hemorragia es el signo más frecuente de todas las formas clínicas de aborto, variando desde un discreto spotting asintomático a un cuadro de shock.

La presencia de dolor hipogástrico y contracciones no es constante. El tamaño del útero puede ser, o no, acorde con la edad gestacional, en cuyo caso se sospecharía la expulsión previa del saco embrionario. El cuello uterino puede estar cerrado o presentar dilatación, mostrando o expulsando restos abortivos

Se distinguen varias formas clínicas de aborto, destacando en la práctica las situaciones de amenaza de aborto, aborto inevitable o en curso, el aborto diferido y el aborto séptico.

ABORTO INMINENTE

Se caracteriza por presentar Hemorragia vaginal cambios en el cuello uterino (incorporación, dilatación, integridad de las membranas ovulares).
OCI abierto, como consecuencia de la dinámica uterina.

ABORTO INEVITABLE – EN CURSO

Se caracteriza de sangrado vaginal, contracciones uterinas, se acompaña de rotura de membranas y presencia de material fetoplacentario en el canal cervical, se agrega pérdida de líquido, trozos parciales a través de genitales.

ABORTO COMPLETO

Ya se ha producido la expulsión total de los restos, con disminución del dolor y la metrorragia, cierre del cuello y contracción del útero.

ABORTO INCOMPLETO

No se ha expulsado todo el material y puede persistir la hemorragia con dolor abdominal intenso y cervix permeable. En algunos casos Las contracciones uterinas han terminado. Hay expulsión de partes ovulares pero el útero no está vacío.

ABORTO DIFERIDO

Es la gestación interrumpida sin expulsión del material retenido. En el examen el cervix está cerrado, pueden aparecer discretas metrorragias y el útero suele ser de menor tamaño del que correspondería por la amenorrea. El diagnóstico se basa en la confirmación ecográfica de la ausencia de actividad cardíaca en embriones con longitud cráneo-caudal mayor o igual a 5 mm. Gestación anembrionada: El huevo huero se diagnostica ante la presencia de un saco ovular vacío de 17 mm o más sin embrión en su interior o saco ovular mayor o igual a 13 mm sin vesícula vitelina, independientemente de la clínica y la fecha de amenorrea.

ABORTO SEPTICO

- El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos que se presenta tras un aborto. La infección tras aborto es un proceso ascendente y puede estar causado por una cervicovaginitis preexistente, por retención de restos abortivos que se sobreinfectan y en el caso de aborto provocado, por una perforación del útero y/o otras estructuras, o por mala técnica Aséptica.
- Este cuadro clínico definido por la aparición de fiebre, escalofrío y dolor abdominal después de un aborto. En la exploración destaca la presencia de hemorragias, leucorrea de aspecto purulento y aumento del tamaño uterino, que muestra una consistencia blanda con dolor a la movilización cervical, pudiendo palparse una masa anexial dolorosa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras patologías que producen hemorragia en la primera mitad del embarazo:

– Lesiones malignas o benignas del tracto genital inferior:

Toda lesión observada debe ser adecuadamente investigada, incluyendo colposcopia, biopsia...

– Gestación molar: la ecografía y la determinación de los valores circulantes de Beta-HCG (siempre mayores de 100.000 mUI/ml) resultan determinantes para el diagnóstico, cuya determinación definitiva es anatomopatológica.

– Embarazo ectópico: en caso de que no se observe gestación intrauterina ecográficamente, la cifra de Beta HCG sanguínea y su evolución posterior, nos permitirá orientar el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Debemos distinguir dos grandes grupos a la hora de hacer un tratamiento terapéutico, por un lado, la actitud conservadora en la amenaza de aborto y, por otro, la técnica empleada en caso de confirmarse una gestación interrumpida.

1. Tratamiento conservador

2. Evacuación quirúrgica

El legrado simple

El legrado por aspiración

INDICACIONES

Si **el aborto es incompleto**, se debe proceder a una evacuación quirúrgica, ya que los restos retenidos impiden la involución uterina prolongando la hemorragia y favoreciendo la infección. Si se trata de un aborto del primer trimestre se aconseja la evacuación uterina mediante legrado para detener el proceso hemorrágico. En caso de aborto del segundo trimestre, y si hay dilatación cervical, se procederá al vaciamiento uterino con oxitócicos o prostaglandinas, siempre que la hemorragia no sea alarmante.

Si no hay dilatación y la hemorragia es importante se practicará legrado uterino previa dilatación instrumental. Es importante no olvidar la administración de gammaglobulina anti-D a todas las pacientes con grupo Rh negativo para evitar problemas de sensibilización, que deberá sospecharse ante un cuadro postabortivo muy hemorrágico o febril. La cuantía de la hemorragia es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock, haciendo obligatoria la evacuación uterina urgente.

Aborto diferido

La sobreinfección de los restos ovulares retenidos puede ocasionar trastornos de la coagulación, existiendo un periodo de 4-5 semanas de latencia. El tratamiento expectante puede suponer un periodo de espera demasiado largo.

En la evacuación quirúrgica puede ser aconsejable por el estado del cervix un tratamiento inicialmente médico como preparación previa al legrado.

Inducción del aborto con prostaglandinas o misoprostol en el fondo de saco posterior de 25 ó 50 ug cada 4 ó 6 horas 200 a 400 ug cada 12 horas VO; 30 UI de oxitocina en CINA 9/00, EV (con abocat nº 18) 40 gotas/minuto. Evacuación por aspiración o legrado uterino.

Aborto inevitable o en curso

El tratamiento expectante es una alternativa en el aborto en curso en fases iniciales, no complicado y ha demostrado una eficacia similar al tratamiento médico y quirúrgico.

Permite una confirmación evolutiva del diagnóstico y probablemente sea la conducta más razonable en el aborto inevitable con feto vivo y sin complicaciones maternas.

Vía EV (abocat nº 18) CINA 9/oo con 30 UI de oxitocina 40 gotas/m

Evacuación de contenido uterino por aspiración o legrado uterino

AMEU cuando el embarazo es menor de doce semanas

Si se trata de un **aborto completo** se recomienda la comprobación ecográfica de la vacuidad uterina, no aconsejándose en tal caso la práctica de legrado por el peligro de ocasionar un síndrome de Asherman, pudiendo emplearse como alternativa fármacos ergotónicos.

Aborto séptico

En este caso se hace necesario el ingreso hospitalario de la paciente, monitorización, analítica completa, cultivos, radiografías de tórax, ecografía ginecológica y tratamiento antibiótico intravenoso. La triple pauta a seguir consiste en:

- Penicilina G Sódica (4-8 millones UI cada 4-6 horas) o ampicilina (1 g cada 4-6 horas) más
- Gentamicina (80mg cada 8 horas) más
- Clindamicina (600 mg cada 6 horas o 900 mg cada 8 horas) o metronidazol (1 gr. cada 8-12 horas).

En los casos menos graves puede utilizarse únicamente cefoxitina (2 gr. cada 8 horas), asociando doxiciclina (100 mg cada 12 horas) si se sospecha infección por clamidias. El tratamiento ha de individualizarse; en aquellas mujeres con temperatura inferior a 39 °C, útero pequeño, infección localizada y sin signos de shock, puede no ser necesario el tratamiento quirúrgico. Si fuera necesario dicho tratamiento quirúrgico, se procederá al legrado uterino cuando se logre la estabilización hemodinámica y siempre que el estado clínico de la paciente nos lo permita, cuando se prevea que se han conseguido los niveles séricos adecuados de antibióticos. En ocasiones puede ser necesaria la práctica de una histerectomía, sobre todo en caso de peritonitis o shock séptico rebeldes a tratamiento, útero de tamaño mayor de 16 semanas, perforación uterina, hemorragias incontrolables, aborto inducido por agentes químicos e infección por *Clostridium perfringens*.



Figura 41. Legrado uterino por aborto..

2.1.5 EMBARAZO ECTOPICO

El embarazo ectópico (EE) es la implantación del óvulo fecundado en cualquier lugar distinto al endometrio.

ETIOLOGÍA

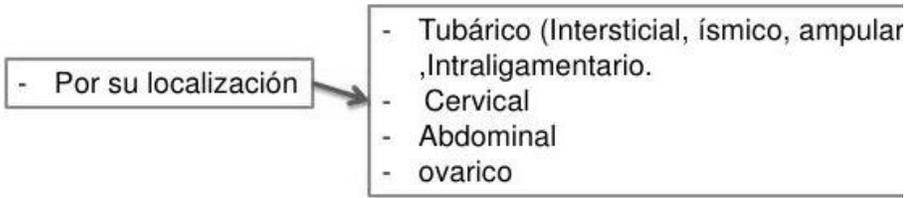
El denominador común es el retraso en el transporte del óvulo, ya que se implanta allí donde se encuentre en el 6-7º día postfecundación. Son factores favorecedores:

- Antecedentes de gestación ectópica.
- Cirugía tubárica previa.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- DIU. Es controvertido. Disminuye radicalmente los embarazos intrauterinos y levemente los extrauterinos, por lo que los extrauterinos aumentan relativamente.
- Endometriosis.
- Ligadura tubárica.
- Infertilidad (posible obstrucción tubárica, etc.)
- Técnicas de reproducción asistida (inducción de la ovulación, etc.).

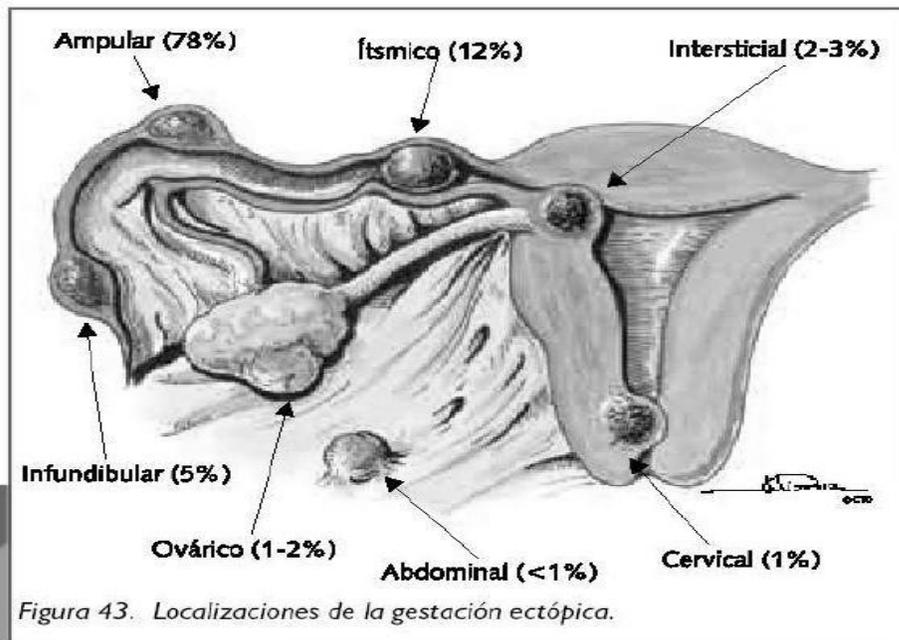
FRECUENCIA

Entre el 1-2%. Hay un incremento en los últimos años, aunque ha disminuido su mortalidad. La coexistencia de embarazo ectópico es excepcional (1/30.000) y se llama embarazo heterotópico.

C
L
A
S
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N



L
O
C
A
L
I
Z
A
C
I
Ó
N



EN EL EE NO COMPLICADO

Los signos y síntomas clínicos son muy escasos y poco característicos. Hasta en un

40-60% de los casos es totalmente asintomático. Cuando hay síntomas clínicos casi siempre aparece dolor difuso y discontinuo en hipogastrio o fosas ilíacas y amenorrea, que puede faltar al confundirse la metrorragia con la menstruación (dicha metrorragia suele ser intermitente y escasa). Entre los signos clínicos, el más común es un tacto vaginoabdominal doloroso y aunque no es frecuente, la existencia de una masa pélvica localizada bien a nivel anexial, bien en el fondo de saco de Douglas, es altamente sugestiva de EE.

EN EL EE COMPLICADO

(aborto y rotura tubárica), el dolor abdominal aumenta de intensidad, sobre todo tras la rotura, pudiendo incluso reflejarse a nivel costal y subescapular, por irritación del nervio frénico. La metrorragia es constante. El estado general está afectado por el intenso dolor, la defensa peritoneal, Blumberg positivo y sobre todo por la hemorragia. Dependiendo del grado de anemia, podemos encontrar a la paciente en shock hipovolémico o consciente, pero con palidez de piel y mucosas, taquicardia e hipotensión.

EVOLUCIÓN

- *Rotura tubárica*: es la complicación más frecuente del embarazo ectópico, la localización en la porción ístmica suele romperse precozmente (5 a 7 semanas de gestación), la intersticial más tardíamente (12 semanas).

- *Aborto tubárico*: se produce cuando el huevo es expulsado a través del ostium, las paredes de la trompa se mantiene intactas y el sangrado es menor que en la rotura.

- *Implantación secundaria*, *regresión espontánea*, *embarazo ovárico* son situaciones poco frecuentes sin embargo en nuestra casuística referimos un caso de embarazo abdominal a término después de una cesárea corporal con dehiscencia de sutura uterina.

C
L
Í
N
I
C
A

No hay ningún signo ni síntoma patognomónico, y la clínica es muy inespecífica. En general es dolor en anejo y pélvico junto a signos de gestación incipiente: amenorrea de unas 6 a 8 semanas, útero aumentado de tamaño pero menor que amenorrea, doloroso a la movilización cervical y anexo discretamente tumoral, doloroso.

Es frecuente un escaso sangrado vaginal, oscuro, intermitente. En el caso de rotura tubárica se añade intenso dolor en fosa ilíaca, Douglas sensible y signos de peritonismo, así como la clínica secundaria a la hemorragia (abdomen agudo). Puede ser fulminante y entrar en shock en minutos. Tras la crisis se alivian los síntomas, aunque no la gravedad, y en el 10% hay resolución espontánea (aborto tubárico).

SÍNTOMAS Y SIGNOS

- **Embarazo ectópico no complicado:** Puede presentarse en forma aislada: o Amenorrea variable, seguida de pérdida de sangre por genitales, producida por aporte hormonal insuficiente para mantener la reacción fisiológica endometrial conocida como reacción decidua o fenómeno de Arias Stella.

- o Dolor hipogástrico.
- o Tumoración anexial dolorosa
- o Dolor a la movilización del cuello uterino.

- **Embarazo ectópico complicado:**

- Shock Hipovolémico
- Signos peritoneales

EXÁMENES AUXILIARES

- Hemoglobina y Hto seriados. Hemograma. Grupo Sanguíneo. Rh
- Examen de orina. Prueba biológica de embarazo.
- Subunidad Beta seriada (se duplica en dos días durante el 1er trimestre)
- Culdocentesis. Paracentesis
- Examen bajo anestesia
- Ecografía
- Laparoscopia

DIAGNÓSTICO

La ecografía transvaginal: es el primer paso en la exploración diagnóstica. Nos puede dar un diagnóstico de seguridad en caso de demostrar la presencia de saco gestacional en la trompa, con embrión y latido cardíaco. Esto ocurre en el 5% de los casos.

El diagnóstico se confirma con laparoscopia y anatomía patológica, por lo que se practicará en caso de duda diagnóstica.

La punción del fondo de saco de Douglas (culdocentesis) aunque útil, se ha abandonado por disponer de técnicas mejores. La clásica demostración de decidua y ausencia de vellosidades coriales (signo de Arias-Stella) no es considerada patognomónica, pero sí altamente sospechosa.

La HCG se duplica cada 2 días durante las primeras semanas del embarazo normal, llegando a un máximo hacia la 6^a-7^a semana (post-implantación). En los embarazos ectópicos la HCG crecerá más despacio de lo normal (aumenta aproximadamente un 50% en 48 horas).

La HCG también nos ayuda en el diagnóstico diferencial con procesos como abdomen agudo o aborto completo.

TRATAMIENTO

Actualmente disponemos de 3 posibilidades en el tratamiento: conducta expectante, tratamiento médico o tratamiento quirúrgico.

1. Conducta expectante. Es posible cuando el embarazo ectópico es diagnosticado con prontitud. Sin embargo, existe riesgo de agravamiento del mismo, por lo que se deben imponer los siguientes criterios antes de admitir esta conducta expectante:

1) la cifra de β -HCG debe ser decreciente (mejor resultado si es baja: <1.000 mUI/ml);

2) que la localización del ectópico sea tubárica;

3) no evidencia de hemorragia intraabdominal o rotura tubárica;

4) diámetro del embarazo ectópico reducido (<4 cm). Se debe realizar el seguimiento con β -HCG y ecografías seriadas. El tiempo que puede necesitar hasta hacerse negativa la β -HCG puede llegar a 40 días. El porcentaje de éxito en estas condiciones alcanza el 75-80%.

2. Tratamiento médico. El tratamiento con metrotexate por vía parenteral, oral e incluso inyección directa en el saco gestacional es el tratamiento médico más utilizado. Se debe emplear en pacientes que cumplan los mismos criterios que para la conducta expectante, pero además se puede usar en gestaciones ectópicas no tubáricas. No se podrá usar en caso de haber alguna contraindicación para el uso de metotrexate. Añadimos ácido fólico para prevenir la toxicidad. El seguimiento también se hará con determinaciones seriadas de β -HCG y ecografía.

3. Tratamiento quirúrgico. Se realizará preferentemente mediante laparoscopia, aunque dependerá de la paciente, sus deseos genésicos y la localización del embarazo ectópico. La técnica debe ser conservadora y consiste en la salpingostomía lineal que se realiza en el borde libre y con aspiración del contenido ovular. En los casos en los que la trompa esté muy dañada, haya gestación ectópica recurrente o los deseos genésicos estén cumplidos, se extirpa la trompa afectada: salpinguectomía total. Si hay inestabilidad hemodinámica, practicaremos una laparotomía urgente.

- EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO

Existe la posibilidad de manejo médico conservador: En casos de embarazo ectópico no roto igual o menor de 4 cm. de diámetro, sin historia de enfermedad hepática, renal ni úlcera péptica, cuando el nivel de hCG es menor de 1500 UI/ml,

Hb mayor de 11 g, leucocitos 3,000/ml y plaquetas más de 100 000. En estos casos la paciente debe ser hospitalizada y en manos de personal especializado utilizar el siguiente esquema: Metrotexate 1 mg/Kg IM el primer día. Factor Citrovarum (Leucovorin) 0.1 mg/Kg IM el segundo día. Se repite por 4 veces sucesivas y si la paciente requiere más de dos dosis se descansará una semana.

Solo se indicará una segunda serie si los valores de hCG se mantienen estables

o ascienden en 2 registros sucesivos, con el control ecográfico y de hCG diarios.

- EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO

En general el cuadro que predomina es el shock hipovolémico siendo el tratamiento es la reposición rápida del volumen con sangre o sucedáneos o cloruro de sodio al 9 por mil a través de una abocat N° 18. Una vez estabilizada se realiza laparotomía y el tipo de operación dependerá de la localización de la gestación:

- Si el embarazo ectópico es tubárico se procederá a salpinguectomía, salpinguectomía más resección del cuerno, resección segmentaria de la trompa o salpingostomía si queremos realizar cirugía conservadora.
- En embarazo ectópico intersticial: se realizará resección cornal más reparación del defecto y salpinguectomía del lado comprometido.
- En el embarazo ectópico ovárico: Ooforosalinguectomía del lado afectado.
- En el embarazo cervical: curetaje del endocervix y el endometrio, ligadura de arterias uterinas, hipogástricas, taponamiento cérvicovaginal. Histerectomía.
- Embarazo ectópico abdominal: se procede a la extracción del feto y sus membranas quirúrgicamente, ligadura del cordón muy cerca de la placenta, dejar la placenta insitu. Tratamiento con metrotexate.

2.1.6 ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

CONCEPTO

El término enfermedad trofoblástica engloba una serie de patologías en las que hay una proliferación anormal relacionada con la gestación. Hemos visto cómo el trofoblasto invade el endometrio en busca de oxígeno. Cuando la vellosidad trofoblástica encuentra una zona rica en oxígeno, detiene su crecimiento.

Cuando una zona de trofoblasto no tiene mesoderma fetal que produzca vasos sanguíneos, no hay buena transmisión de oxígeno y la tendencia a la proliferación permanece: enfermedad trofoblástica.

La ausencia de vasos linfáticos permite que se acumule líquido extracelular, por lo que el tejido adopta una disposición quística. Por tanto, la enfermedad trofoblástica es quística y avascular. En esta enfermedad se engloban las molas completas (todo es mola, no hay embrión) y molas incompletas (zona de placenta sana y embrión).

EPIDEMIOLOGÍA

- La enfermedad trofoblástica gestacional ocurre en 1/1.500 embarazos.
- La mayoría regresa espontáneamente (80%). El 15% evoluciona a enfermedad trofoblástica persistente (ETP) no metastásica y el 5% a ETP metastásica.
- La mola invasora (enfermedad trofoblástica con capacidad de traspasar el endometrio) ocurre aproximadamente en 1/15.000 embarazos.
- La mitad de los coriocarcinomas (enfermedad trofoblástica indiferenciada, con capacidad de traspasar el endometrio y sin tendencia a formar vellosidades) provienen de una mola, el 25% de abortos, y el 20% de un embarazo normal. Metastatiza por vía sanguínea.

ETIOPATOGENIA

- No se conoce con exactitud. Se postulan malformaciones genética en la placenta, bajo nivel socioeconómico, consanguinidad, etc.
- Parece desarrollarse un huevo a partir de 2 espermatozoides, sin participación genética del óvulo: la mola completa sería 46, XX, perteneciendo ambos cromosomas X al padre.

GONADOTROPINA CORIÓNICA

La producción de HCG es mucho mayor que en una gestación normal debido al desarrollo trofoblástico excesivo, incluso llegando al millón de unidades.

MOLA HIDATIFORME

Hay, como hemos visto, una proliferación excesiva del trofoblasto, junto con edema de las vellosidades.

MOLA HIDATIFORME COMPLETA:

Es la degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales con las siguientes características: Apariencia de racimos de uvas. Presencia de degeneración hidrópica generalizada de las vellosidades coriales, hiperplasia del cito y sincitiotrofoblasto de grado diverso. El embrión muere muy precozmente, antes de que se inicie la circulación por lo que no se encuentra eritrocitos en las Vellosidades.

Útero más grande de lo que corresponde a la edad gestacional cronológica.

Presencia de quistes luteínicos en los ovarios.

Niveles de β -hGC más elevados que para la edad que le corresponde a un embarazo normal.

Ausencia de feto o tejido amniótico. Presencia de proliferación trofoblástica. no existe material genético materno. El cariotipo es 46 XX, siendo ambos cromosomas X del padre. No hay feto y no se detecta invasión del endometrio

El 10% puede evolucionar a invasora y el 3% metastatiza.

MOLA HIDATIFORME PARCIAL O INCOMPLETA:

Desarrollo de vellosidades hidrópicas con proliferación trofoblástica variable de distribución focal y en menor proporción que la mola completa. La hiperplasia del trofoblasto es focal y sólo sucede en el sincitiotrofoblasto. Es frecuente encontrar sangre fetal en los capilares de las vellosidades. El útero aumentado, los quistes luteínicos o las secuelas malignas son raros. Es muy probable que sean diagnosticados como abortos incompletos con degeneración hidrópica por lo que sin duda son subdiagnosticados en una proporción muy elevada.

Existe un embrión y mezcla de vellosidades normales con otras que presentan degeneración hidrópica. El cariotipo suele ser triploide: 69 XXY, con componentes genéticos maternos.

Puede convertirse en mola invasora y excepcionalmente en coriocarcinoma.

C
L
A
S
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

1. Mal pronóstico: presencia de algún factor de riesgo de los siguientes:

- HCG: >100.000 mU/ml.
- Duración mayor de 4 meses.
- Metástasis cerebrales o hepáticas.
- Fracaso de quimioterapia previa.
- Edad materna superior a 40 años.

2. Buen pronóstico: no presenta ningún factor de riesgo.

TUMOR TROFOBLÁSTICO DE ORIGEN PLACENTARIO:

Es la categoría más rara y recientemente reconocida de ETG, presenta características diferentes al embarazo molar y coriocarcinoma. Puede estar asociado a cualquier tipo de embarazo, tiene un solo tipo celular:

Trofoblasto intermedio. Puede infiltrar el endometrio, miometrio, y las arterias espirales comprometiendo el flujo sanguíneo al espacio intervelloso. Tiene un curso clínico variable e impredecible, en un 90% su comportamiento es benigno y en el 10% puede dar metástasis. La producción de β -hGC es variable, incluso puede estar ausente y en este caso mucho mas confiable para seguir la evolución de la enfermedad es mejor el dosaje de *Lactógeno Placentario Humano*.

El tumor trofoblástico de origen placentario suele ser resistente a la quimioterapia por lo que el diagnóstico temprano, seguido de histerectomía, si el sangrado persiste, puede ser la mejor alternativa de tratamiento.

CUADRO CLINICO

Clásicamente la EGT inicia con la signología y sintomatología de una gestación normal, posteriormente y en un tiempo variable aparecen manifestaciones de una gestación que no evoluciona normalmente y progresivamente pueden aparecer:

- Pérdida sanguínea vaginal en cantidad variable, en pacientes con ausencia de menstruación de pocos meses de duración.
- Presencia de hiperémesis gravídica, síntomas y signos de hipertiroidismo, por la tirotrófina producida por el trofoblasto, la hipertensión precoz se presenta con poca frecuencia.
- En el examen físico puede haber compromiso del estado general.
- Útero generalmente de mayor tamaño con relación al tiempo de amenorrea y de consistencia anormalmente blanda.
- Ausencia de movimientos, latidos y partes fetales.
- En algunas pacientes se pueden identificar la presencia de tumores ováricos bilaterales de diferente tamaño (quistes luteínicos)

DIAGNÓSTICO

- Ecografía. Es la técnica diagnóstica de elección. Se aprecia una imagen característica en copos de nieve que corresponde a las vesículas hidrópicas. No se ve saco gestacional ni presencia de feto, pero las imágenes no son específicas, ya que pueden aparecer imágenes similares en miomas coincidentes con gestación temprana.

- El diagnóstico de certeza nos lo da la anatomía patológica tras el legrado.

CURSO CLÍNICO

En el 80% de los casos la enfermedad regresa después de haber evacuado el útero. Los niveles de HCG descienden rápidamente.

Cuando estos niveles no descienden o permanecen elevados a las 8 semanas se habla de enfermedad persistente.

TRATAMIENTO

El tratamiento consta de 2 partes: evacuación de la mola y seguimiento posterior de la enfermedad. El tratamiento evacuador de elección es: legrado por aspiración.

En mujeres con mayor riesgo de degeneración maligna: elevada paridad o en aquellas con deseos genésicos cumplidos y más de 40 años, practicaremos histerectomía total con mola in situ. NO está indicada la quimioterapia en esta etapa.

S
E
G
U
I
M
I
E
N
T
O

1. Determinaciones semanales de HCG hasta la remisión completa (cese de la hemorragia, útero involucionado, anexos normales y niveles normales de HCG durante 3 semanas)

2. Después de la remisión completa se harán determinaciones de HCG mensualmente durante 6 meses y bimensuales durante otros 6 meses.

3. Exploración clínica cada dos semanas hasta la remisión completa.

4. Radiografía de tórax en el momento de ser evacuada la mola, para descartar afectación extrauterina.

5. Se recomienda evitar el embarazo durante 1 año con la toma de anticonceptivos orales (una gestación aumenta las cifras de beta-HCG y nos impide saber si la enfermedad ha regresado).

6. Inicio rápido de la quimioterapia si los niveles de HCG persisten.
Se define como curación la ausencia completa de evidencia clínica y analítica de enfermedad durante 5 años.

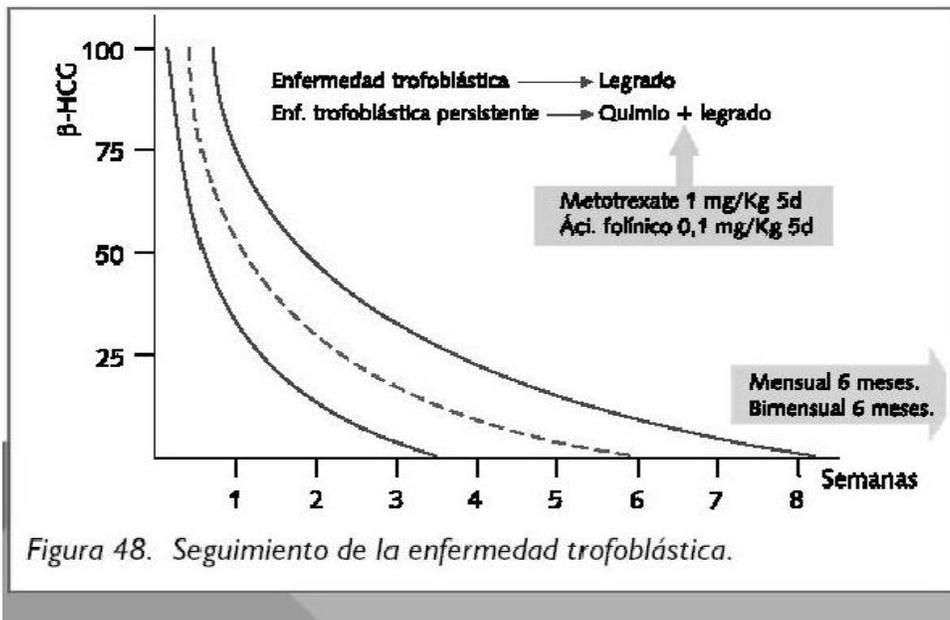


Figura 48. Seguimiento de la enfermedad trofoblástica.

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL ETG:

Este tipo de enfermedad tiene una elevada posibilidad de curación y para ello es importante establecer la categoría o estadio de la enfermedad y desde un punto de vista práctico las pacientes pueden ser estratificadas en dos grandes categorías: ETG no metastásica, si la enfermedad está confinada solo al útero y ETG metastásica si existen metástasis fuera del útero.

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ETG NO METASTÁSICA (ETGNM):

Realizado el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional no metastásica y no se produce el aborto espontáneo, se debe de proceder a la evacuación del embarazo mediante succión, legrado uterino y excepcionalmente histerectomía.

Evacuación por aspiración y legrado: depende de la altura uterina en el momento de la evacuación:

- Altura Uterina por debajo del Ombligo, Gestación menor de 12 semanas: se procede a la dilatación cuidadosa del cuello y evacuación del contenido de la cavidad uterina por aspiración y/o legrado uterino, asegurándose de la evacuación total del tejido molar, siempre bajo goteo de oxitocina, 30 UI en 1000 ml de solución salina isotónica.
- Altura Uterina a nivel del ombligo o por encima: inducción con goteo de oxitocina, prostaglandinas o su análogo misoprostol (Citotec) colocado en el fondo de saco vaginal 25 o 50 ug. cada 4 ó 6 horas. Si se produce la evacuación parcial o completa, proceder como en el caso anterior. Si no dan resultado la inducción, proceder a legrado por aspiración y/o instrumental bajo goteo permanente de infusión de ocitocina, previa dilatación pasiva del cuello usando sonda de Foley o tallos de laminaria. La histerectomía debe de considerarse como tratamiento definitivo en grandes multíparas con volúmenes de útero compatibles con más de 16 semanas de gestación. En los casos enunciados, la histerectomía evita perforación uterina, hemorragia masiva y sus complicaciones. Existen datos de que este tipo de tratamiento disminuye en 5 veces el tratamiento quimioterápico. Es recomendable en el protocolo de tratamiento, la investigación laparoscópica para, descartar perforaciones uterinas, metástasis pélvicas, en hígado y para la punción de los quistes luteínicos grandes.

.2.1.7 IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO INICIAL
<p>escalofrío, fiebre mayor a 38,5 °C, sudoración, piel pálida y taquicardia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal fétido. • Dolor abdominal, dolor a la movilización uterina. • Signo de dolor por rebote. • Abdomen distendido. • Presión arterial baja. • Sangrado prolongado. 	<p>Infección o sepsis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar antibioticoterapia según esquema: Ampicilina 1g IV cada 6 hs, más Metronidazol 500 mg a 1g IV cada 8 horas, más Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 hs. • Control de SV cada 30 minutos. • Control y registro de diuresis horaria. • Asegúrese de que la vía respiratoria esté permeable. • Canalizar vena con Abbocath, proporcionar líquidos por vía IV (Solución fisiológica 500 ml/ 42 gotas por minuto). • Administrar 20 UI de Ocitocina diluidas en 500ml de solución glucosada al 5% para 12 horas. • Si la paciente ha mejorado y esta afebril, a las 72 hs puede pasarse a <hr/> <p>Ampicilina oral 500mg cada 6 hs. y Metronidazol vía oral hasta totalizar 7 a 10 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario, aplique vacuna antitetánica / toxoide tetánico si no hay esquema previo de vacunación completo documentado. • Si es necesario administre Oxígeno- no y refiera a Unidad de Terapia Intensiva en caso necesario
<p>Pulso rápido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caída de TA. • Sangrado excesivo. • Antecedentes de manipulación previa. 	<p>Perforación uterina antes del procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar si existe lesión intra abdominal. • Evaluar la necesidad de realizar laparotomía. • Administrar líquidos por vía EV.

		<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Ocitocina 20 UI. EV. Diluidas en 500 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo. • Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis. • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente. • Si las condiciones clínicas se estabilizan, concluir la evacuación uterina. En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria.
--	--	---

SIGNOS Y SÍNTOMAS	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO INICIAL
<p>El instrumento penetra más allá de lo esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado excesivo durante el procedimiento. • Presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos (grasa, epiplón, etc.) 	<p>Perforación uterina durante el procedimiento.</p>	<p>Valorar si existe lesión intra abdominal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la necesidad de realizar laparotomía. • Administrar líquidos por vía EV • Administrar Oxitocina 20 U I. EV diluidas en 500 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo. • Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis. • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente. • En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria
<p>Dolor abdominal, cólicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen distendido • Ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes. • Abdomen tenso y duro. • Dolor a la palpación Blumberg (+). • Nauseas y/o vómitos. 	<p>Lesión intra-abdominal.</p>	<p>Asegurar que la vía respiratoria este permeable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno. • Sonda vesical para control de líquidos. • Administrar antibióticos. • Administrar soluciones EV. • Realizar laparotomía de preferencia

<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de hombro. • Fiebre 		<p>con participación de cirujano general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso débil, rápido. • Presión arterial baja. • Palidez. • Respiración rápida. • Estado mental de inquietud, confusión o inconsciencia 	Shock	<p>derivación a Unidad de Terapia Intensiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la vía respiratoria esté permeable. • Administrar oxígeno. • Administrar líquidos EV (sangre, si hace falta). • Colocar sonda vesical. • Determinar la causa del shock. • Proceder de acuerdo a la etiología.

Definiciones

Aborto

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semana

Amenaza de Aborto

Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.

Aborto en Curso (inevitable)

Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas. con modificaciones cervicales 0 ruptura de membranas

Aborto Incompleto

Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable

Aborto Completo

Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.

Aborto Diferido

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo puede

Aborto Séptico

acompañarse o no de sangrado variable
Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.

Aborto Terapéutico

Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. El ACOG lo considera en caso morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida.

CODIFICACIÓN CIE 10

- o.21** Aborto diferido
- O03** Aborto espontáneo
- O04** Aborto médico (incluye aborto terapéutico y legal)
- O05** Otro aborto
- O06** Aborto no especificado (provocado, incluye aborto inducido)
- O07** Intento fallido de aborto (excluye incompleto)
- O08** Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola
- O020 0** Amenaza de aborto

DIAGNÓSTICO DE ABORTO

Diagnóstico	HALLAZGOS
Anamnesis	Amenorrea. <ul style="list-style-type: none">• Sangrado genital variable.• Dolor.
Examen Físico	<ul style="list-style-type: none">• Sangrado genital variable.• Modificaciones o no de cuello de útero
Exámenes de Laboratorio	Prueba de embarazo en orina o sangre positiva. <ul style="list-style-type: none">• Ecografía abdominal o transvaginal.

2.1.8.-PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO EN CURSO O INEVITABLE, INCOMPLETO, COMPLETO Y DIFERIDO

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X X X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X X X
3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo y tacto vaginal bimanual.	X X X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X X X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X X X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X X X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X X X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X X X
9. Canalice una vía endovenosa con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	X X X
10.Manejo de shock hipovolémico (si aplica).	X X X
11.Analgésia farmacológica (si amerita) tipo Paracetamol 500 mg VO con sorbo de líquido.	X X X
12. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X X X
13.Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnóstico por clasificación clínica.	X X X
14.Brinde consejería sobre anticoncepción posaborto inmediata con DIU.	X X
15.EVACUACIÓN UTERINA si actividad cardiaca es negativa por: Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas (Ver protocolo más adelante). Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU.	X X

Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto.

Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI.

La inducto conducción con oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI.

X X

16. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio hispatolo-

gico. Asegurarse de que la muestra este correctamente conservada para su envío.

Coloque DIU luego del procedimiento del AMEU si la paciente acordó el uso de ESTE TIPO DE ANTICONCEPCIÓN.

X X

17. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas posevacuación y luego cada 8 horas hasta el alta.

X X

18. Indicaciones al alta:

- Dieta habitual
- Actividad ambulatoria progresiva
- Analgesia tipo paracetamol 500mg c/8h o ibuprofeno 400mg c/8h por 3 días.
- Orientación sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado.
- Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. Brinde consejería y proporcione un método anticonceptivo acorde a las necesidades de la paciente

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO SEPTICO

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.

X X X

2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

X X X

3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo (para detectar instrumentación previa) y tacto vaginal bimanual.

X X X

4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.

X X X

5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.

X X X

6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.

X X X

7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.

8. Brinde apoyo emocional continuo.	X X X
9. Canalización de dos vías endovenosas con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	
10. Manejo de shock séptico (si aplica).	
11. Disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evacuación uterina.	X X X
12. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos.	
13. ANTIBIOTICOTERAPIA IV por 72 horas o hasta que la fiebre remita: clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. gentamicina 5 mg/kg/día en una sola dosis o 1.5 mg/kg cada 8 horas.	X X X
14. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina.	X X X
15. EVACUACIÓN UTERINA si actividad cardiaca es negativa por: Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas (Ver protocolo más adelante). Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto. Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI. La inductoconducción con oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI.	X X
16. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas posevacuación y luego cada 8 horas hasta el alta.	X X
17. Toxoide tetánico 1 ampolla IM si se sospecha o confirma instrumentación o manipulación previa.	X X
18. Si el cuadro empeora, la fiebre no cede, sangrado hemopurulento o de mal olor persiste por más de 72 horas considere shock séptico y añadir: AMPICILINA 1g IV cada 6 horas. Considere drenaje o histerectomía por colección intraabdominal.	
19. INDICACIONES DE ALTA: Dieta habitual. Actividad ambulatoria progresiva. Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. Analgésia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofén	

400 mg cada 8 horas por 3 días.

Orientación en anticoncepción y salud reproductiva.

Asegúrese de completar el esquema antibiótico.

X X

PROTOCOLO DE MANEJO DE ASPIRACION MANUAL

ENDOUTERINA (AMEU)

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

PREPARATIVOS DE AMEU

1. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escúche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.

X X X

2. Brinde apoyo emocional continuo.

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO SEPTICO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.

X X X

2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

X X X

3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo (para detectar instrumentación previa) y tacto vaginal bimanual.

X X X

4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.

X X X

5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.

6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.

X X X

7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.

X X X

8. Brinde apoyo emocional continuo.

X X X

9. Canalización de dos vías endovenosas con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).

X X X

10. Manejo de shock séptico (si aplica).

X X X

11. Disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evacuación uterina.

X X X

12. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos.

X X X

Componente Normativo Materno Neonatal | Aborto

13. ANTIBIOTICOTERAPIA IV por 72 horas o hasta que la fiebre remita:

clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

gentamicina 5 mg/kg/día en una sola dosis o 1.5 mg/kg

cada 8 horas.

X X X

14. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina.	X X
15. EVACUACIÓN UTERINA si actividad cardiaca es negativa por: Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas (Ver protocolo más adelante). Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual Previo a AMEU Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto. Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI. La inductoconducción con oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI.	X X
16. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas posevacuación y luego cada 8 horas hasta el alta.	X X
17. Toxide tetánico 1 ampolla IM si se sospecha o confirma instrumentación o manipulación previa.	X X
18. Si el cuadro empeora, la fiebre no cede, sangrado hemopurulento o de mal olor persiste por más de 72 horas considere shock séptico y añadir: AMPICILINA 1g IV cada 6 horas. Considere drenaje o histerectomía por colección intraabdominal.	
19. INDICACIONES DE ALTA: Dieta habitual. Actividad ambulatoria progresiva. Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. Analgésia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofén 400 mg cada 8 horas por 3 días. Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. Asegúrese de completar el esquema antibiótico.	X X
PROTOCOLO DE MANEJO DE ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente) PREPARATIVOS DE AMEU I II III	
1. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escúche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X X X
2. Brinde apoyo emocional continuo.	
3. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.	X X X
4. Administre a la mujer paracetamol 500 mg vía oral 30 minutos antes	

del procedimiento.	X X X
5. Pregunte si es alérgica a los antisépticos y a los anestésicos. X X X	
6. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.	X X X
7. Asegure la disponibilidad de cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados.	X X X
8. Inspeccione la jeringa para AMEU y prepárela (confirme que funciona el vacío).	X X X
9. Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente.	X X X
10. Verifique que la paciente se haya lavado y enjuagado a conciencia el área perineal.	X X X
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	X X X
12. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X X X
13. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel.	X X X
TAREAS PREVIAS AL PROCEDIMIENTO DE AMEU NIVEL	
1. Administre oxitocina 10 unidades IM o metil ergonovina 0,2 mg IM.	X X X
2. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación del cuello uterino.	X X X
3. Introduzca suavemente el espéculo en la vagina y extraiga la sangre o tejido presentes utilizando una pinza de aro y gasa.	X X X
4. Aplique solución antiséptica dos veces a la vagina y al cuello uterino, utilizando gasa o una esponja de algodón.	X X X
5. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.	X X X
BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA)	
1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las manecillas del reloj).	X X X
2. Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente (en el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de aro).	X X X
3. Ejercer tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a	X X X
X114	
identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal.	
4. Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de 3 mm de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. Aspire halando el	

<p>émbolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso sanguíneo.</p>	X X X
<p>5. Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza. (Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor).</p>	X X X
<p>PROCEDIMIENTO DE AMEU NIVEL</p>	
<p>1. Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo.</p>	X X X
<p>2. Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear el canal cervical y la cavidad uterina.</p>	X X X
<p>3. Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño.</p>	X X X
<p>4. Mientras mantiene fijo cuello uterino con la pinza, empuje la cánula, elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no más de 10 cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo.</p>	X X X
<p>5. Conecte la jeringa al vacío para AMEU a la cánula sosteniéndola en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.</p>	X X X
<p>6. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.</p>	X X X
<p>7. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.</p>	X X X
<p>8. Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar.</p>	X X X
<p>9. Empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa.</p>	X X X
<p>10. Prepare nuevamente la jeringa, conecte la cánula y libere la/s válvula/s de paso.</p>	X X X
<p>3. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.</p>	X X X
<p>4. Administre a la mujer paracetamol 500 mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento.</p>	X X X
<p>5. Pregunte si es alérgica a los antisépticos y a los anestésicos.</p>	X X X
<p>6. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.</p>	X X X
<p>7. Asegure la disponibilidad de cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados.</p>	X X X
<p>XXX</p>	
<p>8. Inspeccione la jeringa para AMEU y prepárela (confirme que funciona el vacío).</p>	X X X
<p>9. Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente.</p>	X X X

10. Verifique que la paciente se haya lavado y enjuagado a conciencia el área perineal.	X X X
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	X X X
12. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X X X
13. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel.	X X X
TAREAS PREVIAS AL PROCEDIMIENTO DE AMEU	
1. Administre oxitocina 10 unidades IM o metil ergonovina 0,2 mg IM.	X X X
2. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación del cuello uterino.	X X X
3. Introduzca suavemente el espéculo en la vagina y extraiga la sangre o tejido presentes utilizando una pinza de aro y gasa.	X X X
4. Aplique solución antiséptica dos veces a la vagina y al cuello uterino, utilizando gasa o una esponja de algodón.	X X X
5. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.	X X X
BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA)	
1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las manecillas del reloj).	X X X
2. Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente (en el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de aro).	X X X
3. Ejerza tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal.	X X X
4. Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de 3 mm de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. Aspire halando el émbolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso sanguíneo.	X X X
5. Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza. (Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor).	X X X
PROCEDIMIENTO DE AMEU	
1. Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo.	X X X
2. Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear	

el canal cervical y la cavidad uterina.	X X X
3. Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño.	X X X
4. Mientras mantiene fijo cuello uterino con la pinza, empuje la cánula, elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no más de 10 cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo.	X X X
	X X X
5. Conecte la jeringa al vacío para AMEU a la cánula sosteniendo la cánula en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.	X X X
6. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.	X X X
7. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.	X X X
8. Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar.	X X X
9. Empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa.	X X X
10. Prepare nuevamente la jeringa, conecte la cánula y libere la/s válvula/s de paso.	X X X
11. Verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, no se observa más tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula). Retire con delicadeza la cánula y la jeringa para AMEU.	X X X
12. Separe la cánula de la jeringa para AMEU y empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en una gasa.	X X X
13. Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el espéculo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento.	X X X
14. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.	X X X
15. Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total. Enjuague el tejido con agua o solución salina, si fuera necesario.	X X X
16. Si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico.	X X X
17. Si el útero todavía está blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.	X X X
18. Coloque el DIU en la cavidad uterina si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción.	X X X

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE AMEU NIVEL

- | | |
|---|----------------|
| 1. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. | X X X |
| 2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo. | X X X |
| 3. Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones. | X X X
X X X |
| 4. Conecte la cánula usada a la jeringa para AMEU y enjuague ambas a la vez aspirando y expulsando la solución de cloro al 0,5%. | X X X |
| 5. Desconecte la cánula de la jeringa y ponga en remojo ambas piezas, en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlas. | X X X |
| 6. Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. | X X X |
| 7. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire. | X X X |
| 8. Permita que la paciente descance cómodamente durante al menos 30 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación. | |
| 9. Verifique si hay sangrado o dolor antes de dar de alta. | X X X |
| 10. Llène de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío. | X X X |
| 11. Dé instrucciones a la paciente sobre la atención postaborto y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y sangrado. | |
| 12. Dígale cuándo debe regresar para la cita de seguimiento y evaluación del resultado histopatológico. | X X X |
| 13. Discuta con ella sus metas en lo que respecta a la reproducción, según sea apropiado, y proporcione un método de planificación familiar. | |

3 MATERIALES Y METODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACION

Área de Gineco Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACION

Del de septiembre del 2012 al de febrero del 2013

3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1. Recursos Humanos

- El Investigador
- El Tutor

3.1.3.2. Recursos Físicos

Computadora Pentium IV

Impresora Cannon

Encuestas

Historias Clínicas

Hojas de papel bond

CD

Bolígrafos

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1. Universo

El universo está conformado por todas las pacientes embarazadas ingresadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda

3.1.4.2. Muestra

Todas las pacientes con diagnóstico de Hemorragia del primer trimestre en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda

3.2 METODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo y explicativo porque se orienta al establecimiento de relaciones de causalidad, descripción y relación de los hechos.

De acuerdo al alcance temporal corte transversal, porque permite hacer un abordaje del problema en el estudio en un periodo de tiempo determinado

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

No Experimental es cuando no se manipulan las variables y la investigación se realiza tal como suceden los hechos.

3.2.3 ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se hará utilizando las técnicas estadísticas de acuerdo al tipo de variables, los datos serán presentados en tablas y gráficos con su respectivo análisis.

4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.-Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente a Edad:

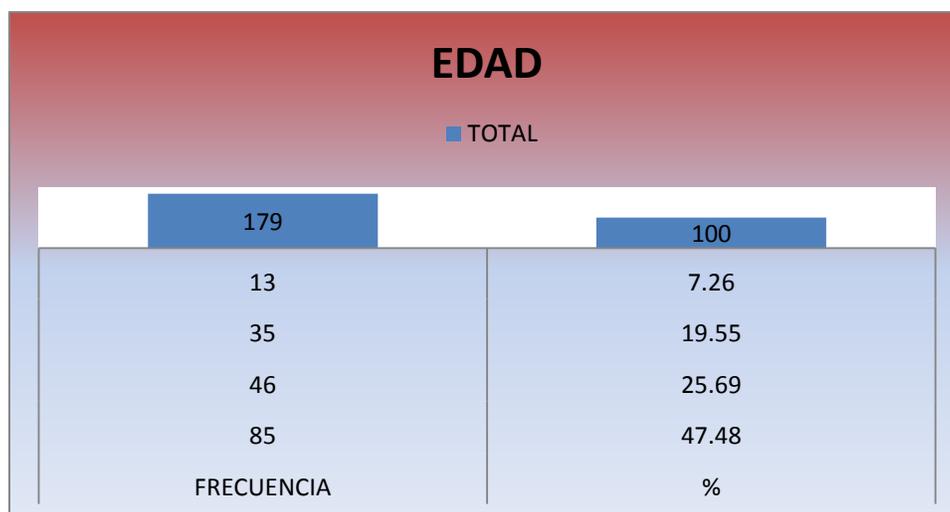
Cuadro N°1

EDAD	FRECUENCIA	%
MENOR A 20	85	47.48
21 A 30	46	25.69
31 A 40	35	19.55
MAS DE 41	13	7.26
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica

Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 1



ANALISIS E INTERPRETACION

De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta edad 85 pacientes eran menores de 20 años, 46 pacientes estaban comprendidas entre 21 a 30 años , 35 pacientes estaban entre 31 a 40 años y 13 pacientes tenían más de 41 años.

Puedo manifestar que la mayoría de las pacientes tenían menos de 20 años.

4.2.- Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente a Paridad

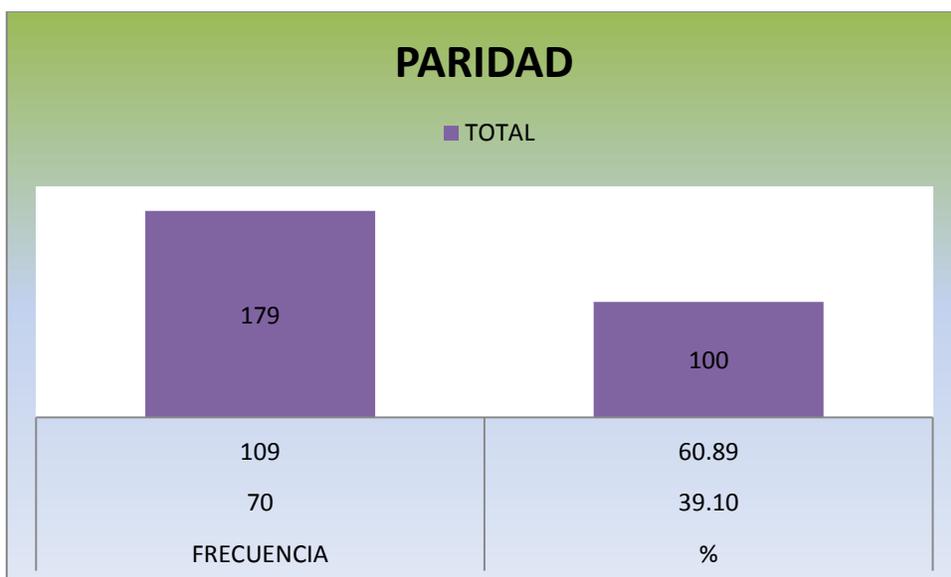
Cuadro N° 2

PARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMIGESTAS	70	39.10
MULTIGESTAS	109	60.89
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica

Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 2



ANALISIS E INTERPRETACION

De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta paridad 70 pacientes que corresponden al 39.10% eran primigestas y 109 multigestas que corresponden al 60.89%

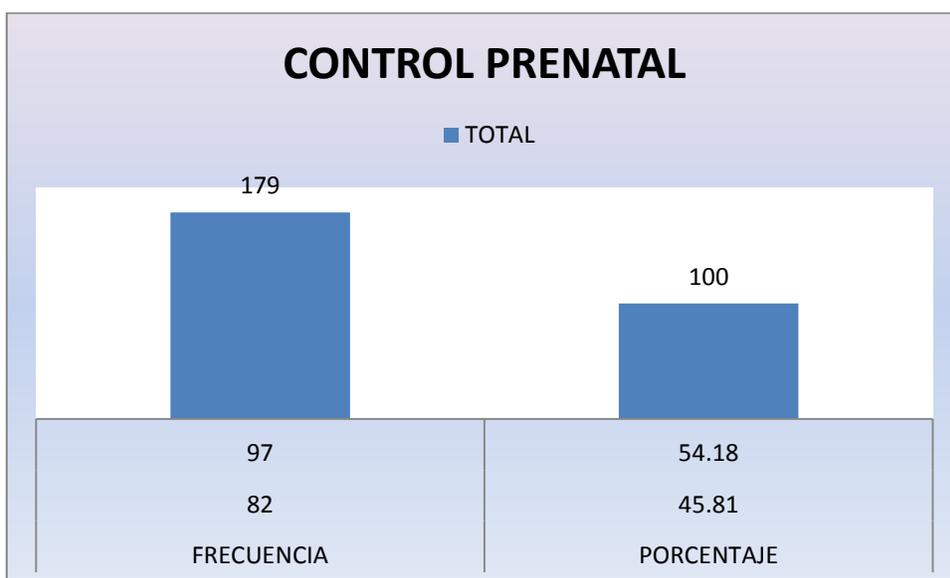
Puedo manifestar con estos datos que la mayoría de pacientes de este estudio eran multigestas

4.3.- Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente a Control Prenatal
Cuadro N° 3

Control Prenatal	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	82	45.81
NO	97	54.18
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica
 Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 3



ANALISIS E INTERPRETACION

De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta Control prenatal 82 pacientes que corresponde al 45.81% habían respondido que si y 97 pacientes que corresponden al 54.18% que no

La mayoría de las Puedo manife3star con estos datos que la mayoría de pacientes de este estudio eran multigestas

4.4.- Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente al Área de Residencia

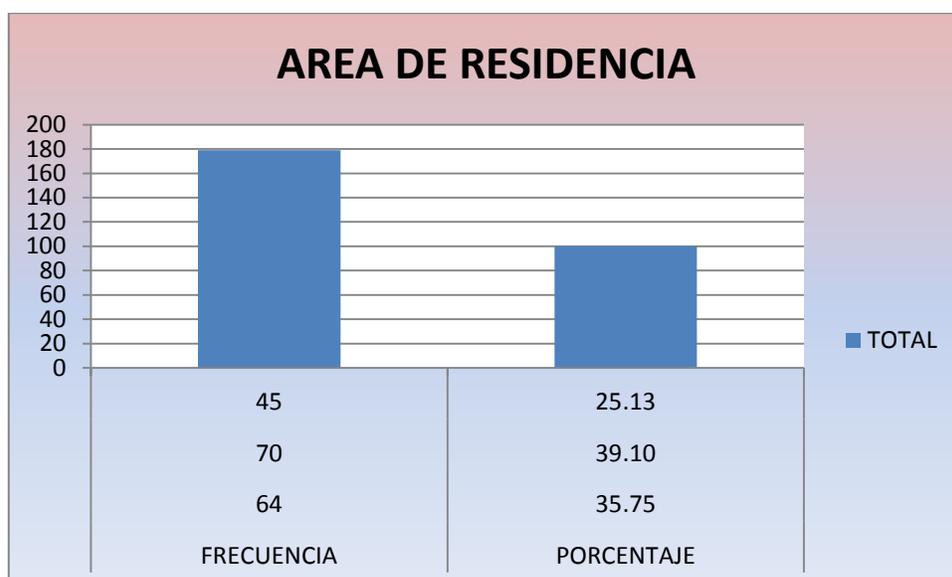
Cuadro N° 4

Área de Residencia	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	64	35.75
URBANA MARGINAL	70	39.10
RURAL	45	25.13
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica

Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 4



ANALISIS E INTERPRETACION

De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta área de residencia 64 pacientes referían que venían de área urbana, que corresponde el 35.75%, 70 pacientes al área urbano marginal que corresponde el 39.10%, 45 pacientes provenían del área rural que corresponde el 25.13%

La mayoría de las pacientes provenían del área urbana marginal.

4.5.- Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente a la EDAD GESTACIONAL

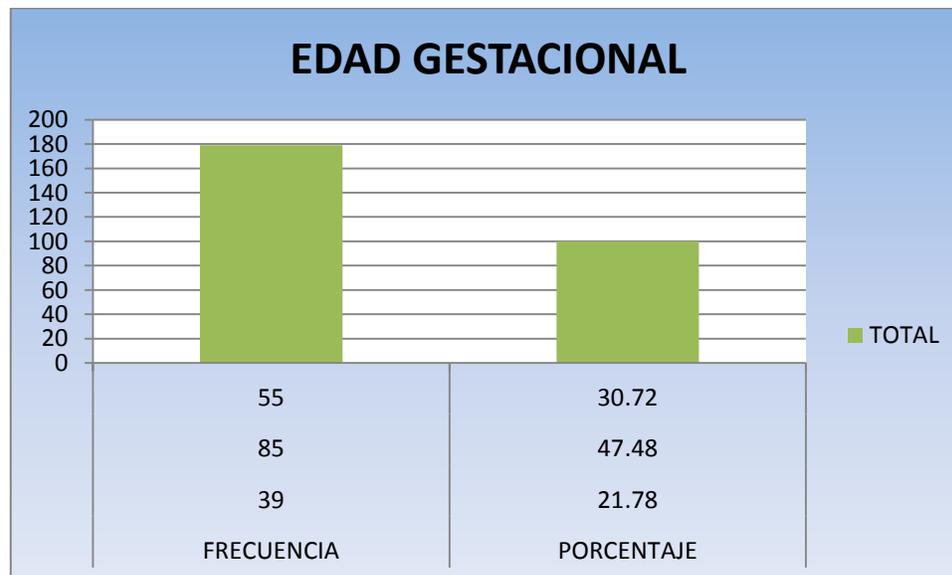
Cuadro N° 5

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 A 6 AEMANAS	39	21.78
7 A 10 SEMANAS	85	47.48
MAS DE 10 SEMANAS	55	30.72
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica

Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 5



ANALISIS E INTERPRETACION De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta edad gestacional 39 pacientes que corresponde el 21.78% tenían entre 4 y 6 semanas de embarazo 85 pacientes que comprendían el 41.48% tenían entre , 7 a 10 semanas de embarazo, más de 10 semanas de gestación fueron 55 pacientes que corresponde el 30.72%

La mayoría de pacientes tenían entre 7 a 10 semanas de embarazo

4.6.- Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente a Presencia de sangrado

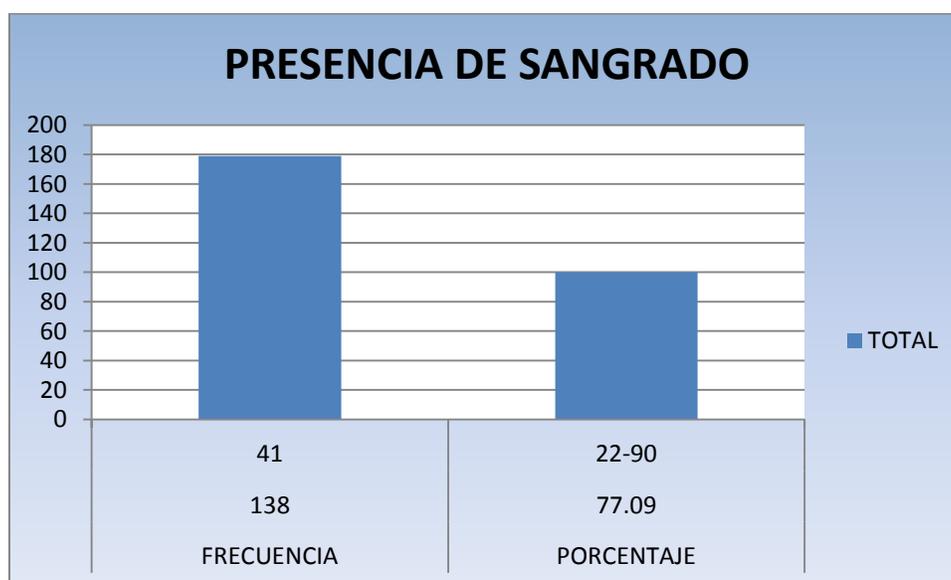
Cuadro N°6

Presencia de sangrado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	138	77.09
NO	41	22.90
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica

Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 6



ANALISIS E INTERPRETACION De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta presencia de sangrado 138 pacientes que corresponde el 77.09% habían respondido que si, 41 pacientes que corresponde el 22.90% respondieron que no.

La mayoría de pacientes presento sangrado genital.

4.7.- Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente a Tipo de Aborto

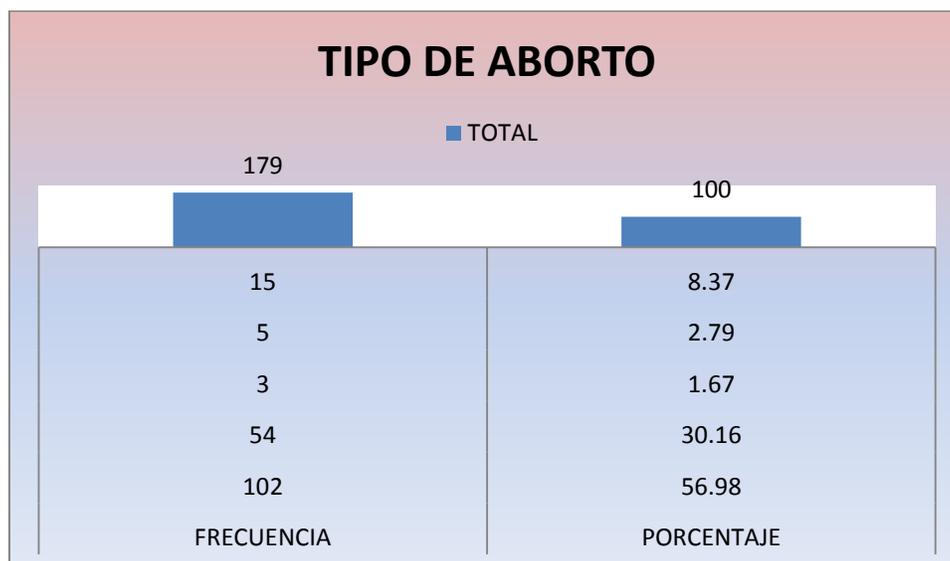
Cuadro N°7

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INCOMPLETO	102	56.98
EN CURSO	54	30.16
EMARAZO MOLAR	3	1.67
EMBARAZO ECTOPICO	5	2.79
ABORTO SEPTICO	15	8.37
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica

Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 7



ANALISIS E INTERPRETACION

De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta tipo de Aborto, 102 pacientes que correspondía el 56.98% habían diagnosticado aborto incompleto, 54 pacientes que correspondía el 30.16% les habían diagnosticado aborto en curso, 3 pacientes que correspondía el 1.67% les diagnosticaron embarazo molar, 5 pacientes que corresponde el 2.79% les diagnosticaron embarazo ectópico. 15 pacientes que corresponde el 8.37% les diagnosticaron aborto séptico.

La mayoría de las pacientes les diagnosticaron aborto incompleto

4.8 Hemorragia Obstétrica Del Primer Trimestre Según Factor Predisponente pcte.referidas o de emergencia

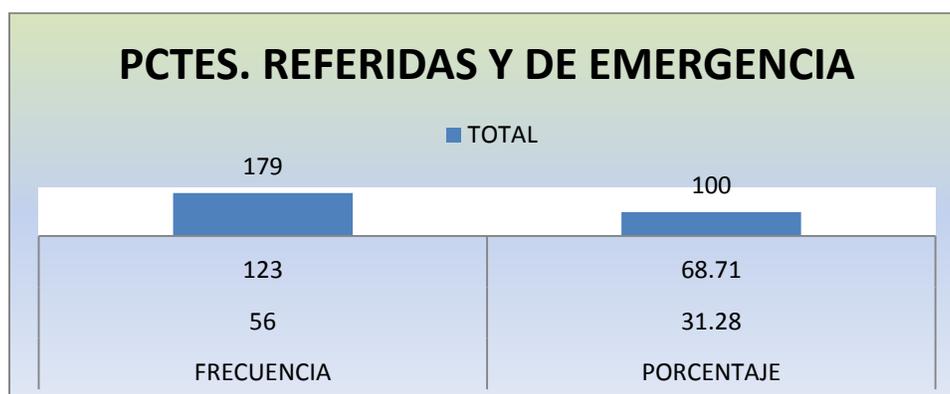
Cuadro N°8

DE DONDE VIENEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REFERIDOS	56	31.28
EMERGENCIA	123	68.71
TOTAL	179	100

Fuente: Historia clínica

Elaborado: SUMBA JADAN LOURDES

REPRESENTACION GRAFICA 8



ANALISIS E INTERPRETACION

De los datos obtenidos de la historia clínica a la pregunta de dónde vienen puedo manifestar que 56 pacientes que corresponde el 31.28% que venían referidos, 123 pacientes que corresponde el 68.71% venían del área de emergencia

La accesibilidad física a los centros de atención obstétrica de emergencia es esencial para la atención oportuna de las complicaciones obstétricas el 31.28% de las pacientes vienen referidos de los Centros de Salud), que constituyen el primer nivel del sistema sanitario.

La falta de insumos y de personal capacitado y el hecho de que el personal existente es casi siempre de sexo masculino ya fueron señalados entre los obstáculos a la utilización de los servicios obstétricos en un estudio encomendado por UNFPA y realizado en la región en el año 2006

Ninguno de los centros de salud cuenta con un medio de transporte para asegurar el traslado de las pacientes, ni tampoco una red de comunicación adecuada.

5 CONCLUSIONES

La hemorragia genital durante la gestación es un evento que, a pesar de ser frecuente en el primer trimestre, causa alarma por sus posibles implicaciones patológicas.

En algunos casos, la implantación del embrión en el endometrio puede producir un pequeño sangrado, que suele ser confundido con la menstruación sin que esto tenga ninguna repercusión sobre la madre o el feto.

También las modificaciones propias del cuello uterino, al exponer la mucosa endocervical al ambiente vaginal pueden producir un escaso sangrado; sin embargo, la cantidad y duración del sangrado, el tiempo de amenorrea y los síntomas concomitantes, como dolor, mareos, náuseas, vómitos, etc. permiten realizar el diagnóstico diferencial.

Las causas de la hemorragia genital se dividen en obstétricas y no obstétricas

La OMS reporta que: En el mundo se presentan 166.000 muertes maternas al año debidas a hemorragias Obstétricas de la primera mitad del embarazo. Representa el 25% del total de muertes maternas.

El 75% de las muertes maternas se dan antes de la 16 semana de gestación.

El 25% de las muertes maternas antes de la 12 semana de gestación.

Las mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si han tenido dos abortos previos aumenta en un 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47%.

Por cada muerte materna por hemorragia de la primera mitad el embarazo, hay 15 mujeres con secuelas. OMS. 2004.

La hemorragia obstétrica grave plantea una problemática que comprende tres aspectos diferentes, que necesariamente influirán sobre la morbimortalidad, y deben abordarse simultáneamente con la finalidad de lograr su resolución: Científico: se refiere al conocimiento de la patología y de los recursos terapéuticos disponibles.

Recursos: esta referido a la disponibilidad de infraestructura y materiales apropiados, (instrumental, suturas, medicamentos, equipamiento, catéteres, entre otros), y de la cantidad de personal médico y paramédico entrenado.

Cultural: Es un concepto amplio responsable en alguna medida del elevado número de decesos. Se refiere a las decisiones políticas a la hora de organizar y disponer los recursos terapéuticos y la logística necesaria.

Esto no solo abarca a las autoridades gubernamentales, sino también a los responsables de tomar decisiones en los distintos centros de salud estatales o privados, y también al médico afectado a la atención de cada caso, quien en definitiva tendrá que tomar decisiones acertadas y en el tiempo oportuno.

La mayoría de pacientes de este estudio eran multigestas tenían menos de 20 años eran multigestas, provenían del área urbana marginal , tenían entre 7 a 10 semanas de embarazo, tenían entre 7 a 10 semanas de embarazo , presentaron sangrado genital , les diagnosticaron aborto incompleto

Ninguno de los centros de salud cuenta con un medio de transporte para asegurar el traslado de las pacientes, ni tampoco una red de comunicación adecuada.

6 RECOMENDACIONES

En el momento que se produzca sangrado vaginal, dolores menstruales muy fuertes, dolor agudo en el abdomen, flujo con tejido, etc., se debe acudir al médico rápidamente. Éste efectuará un diagnóstico y propondrá un tratamiento en función de cada caso particular. De manera general, y sin que sirva de autodiagnóstico o automedicación, el médico podrá recomendar:

- En el caso de un aborto espontáneo: la prescripción de antibióticos para combatir las infecciones y transfusiones sanguíneas si se produce pérdida de sangre severa.
- En caso de una infección en la vagina o en el cuello del útero: la prescripción de antibióticos que no perjudiquen al bebé.
- En el caso de un embarazo ectópico: se tendrá que realizar cirugía o tratamiento médico para extraer el embrión en crecimiento y controlar el sangrado interno.
- En caso de un sangrado vaginal ocasionado por placenta previa: se tendrá que reposar en el hospital, al menos hasta que desaparezca el sangrado. Si éste se presenta muy cerca de la fecha del parto o si continua, se practicará una cesárea.

En cualquier caso, se deberán evitar las relaciones sexuales hasta que se conozcan las causas del sangrado, no usar tampones ni aplicar duchas vaginales.

Es importante **observar las características del sangrado**: duración del sangrado, si éste es leve o abundante, aquellas acciones o actividades que hace la embarazada para que aumente o se reduzca el sangrado, etc. Teniendo esta información de antemano, se ayuda al médico para que pueda indicar las causas del sangrado y si es peligroso para la madre o su bebé.

7.-PROPUESTA DE MANEJO TERAPÉUTICO DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013

Justificación

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte: en el mundo una mujer muere cada minutos por hemorragia obstétrica.

En nuestro país es ahora segunda causa de muerte materna.

Es un hecho reconocido a nivel mundial que la oportunidad y la calidad de la atención en el manejo de esta situación son fundamentales para evitar la morbilidad y disminuir la mortalidad: la razón para la alta mortalidad asociada a hemorragia es simple hay demora en el reconocimiento de la hipovolemia y se falla en el reemplazo adecuado del volumen

Todas las muertes se pudieron prevenir con intervenciones simples desde la promoción y la prevención y el tratamiento adecuado del evento

Objetivo

El objetivo de esta guía es que el personal de salud del hospital disponga de los elementos teóricos necesario para realizar un manejo sistemático, en equipo, rápido pero oportuno de la hemorragia obstétrica de tal forma que en el mediano plazo se logre disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa

Definiciones

Se define como una hemorragia severa la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen). En posparto y teniendo en cuenta las pérdidas que pueden ocurrir habitualmente, se define como hemorragia posparto una pérdida estimada de 1000 o más ml, o una pérdida menor asociada con signos de choque.

Clasificación del choque hipovolémico en la mujer gestante

El diagnóstico del choque es muy fácil en los casos extremos, pero puede ser difícil en sus fases iniciales. Se calcula que la cantidad de sangre perdida puede ser subestimada hasta en un 50 %.

Gracias a los cambios fisiológicos del embarazo, si la pérdida de volumen es menor del 10% al 15% (500-1000 ml) es tolerada por la gestante normal: la presión permanece normal y no ocurren cambios clínicos significativos. Si la pérdida está entre 16%-25% (1000-1500 ml), aparecen signos de hipoperfusión como palidez y frialdad, leve excitación, la presión arterial disminuye ligeramente (PAS entre 80-90 mm Hg) y como signo de compensación hemodinámica y del reflejo simpático aparece una taquicardia leve (91-100/min).

Cuando la pérdida de sangre está entre el 26%-50% (1500-2000 ml), el choque es moderado, aparecen cambios del sensorio como agitación o intranquilidad, hay sudoración y la presión arterial sistólica cae a 70-80 mm de Hg, hay un aumento mayor del pulso (101-120/min). Cuando la pérdida está entre 60 y 45% aparece la inconciencia, el llenado capilar es mayor de segundos y la presión arterial sistólica cae por debajo de 70. La pérdida de más del 45% del volumen plasmático es incompatible con la vida, la paciente entra en estado de actividad eléctrica sin pulso (AESP) y requiere además de la recuperación de volumen de reanimación cardio-cerebro-pulmonar (RCCP).

Modelo para la atención sistemática del choque hipovolémico: El Código rojo

Todas las instituciones que atienden pacientes obstétricas deben tener una guía de atención del choque hipovolémico y realizar simulacros periódicamente.

En una situación de emergencia, como la hemorragia obstétrica, la vida corre peligro y es necesario que el equipo asistente esté suficientemente actualizado en las mejores técnicas y estrategias para salvar la vida, trabaje de manera coordinada y con lógica, y dirija los esfuerzos hacia objetivos concretos como son salvar a la madre y en lo posible al producto de la concepción y a disminuir la morbilidad resultante del proceso hemorrágico o de los mismos acciones de la reanimación.

La siguiente es la propuesta de un esquema de trabajo organizado para esta situación de emergencia, de tal manera que permita al equipo asistencial seguir los pasos indicados sin desviarse del objetivo, trabajar de manera ordenada y coordinada, y que pueda ser replicado en cada situación específica.

Lo llamado “Código Rojo” por el simbolismo de la sangre que se pierde y pone en peligro la vida, y emulando el modelo del código azul para la reanimación Cardio-Cerebro-Pulmonar (RCCP).

Para lograr implementar el protocolo en una institución, se requiere satisfacer unos requisitos mínimos:

- El documento del código rojo debe existir en físico para que sea consultado.
- Se debe garantizar conocimiento del código y entrenamiento adecuado del personal asistencial y de apoyo involucrado. Esta capacitación debe ser permanente y se deben realizar simulacros periódicamente.
- Las instituciones deben respaldar el código con el fin de garantizar los recursos necesarios, adecuar los procesos sin bloqueos administrativos, coordinar actividades con el banco de sangre o la unidad de terapia transfusional y garantizar la disponibilidad de equipo quirúrgico.
- Cada vez que se aplique el código se debe evaluar su desarrollo y debe surgir información que retroalimente al proceso y contribuya al mejoramiento y adecuación institucional del mismo.

Principios fundamentales del manejo del choque hipovolémico en la gestante

Una vez se tenga claro el diagnóstico de choque hipovolémico, el equipo de atención médica a la gestante debe tener claro los siguientes principios:

- Priorizar siempre la condición materna sobre la fetal.
- Trabajar siempre en equipo previamente sensibilizado y capacitado.

- Reconocer que el organismo tolera mejor la hipoxia que la hipovolemia, por esto la estrategia de reanimación del choque hipovolémico en el momento inicial, se basa en el reemplazo adecuado del volumen perdido calculado por los signos y síntomas de choque.

- La reposición de volumen se debe hacer con solución de cristaloides, bien sea solución salina 0,9%,

Actualmente no se recomienda el uso de soluciones coloidales como almidones, albúmina, celulosa, porque son más costosas y no ofrecen ventajas en cuanto a la supervivencia. Si se utilizan no debe ser superior a 1.000 ml en 24 horas.

- La reposición volumétrica debe ser de 3 ml de solución de cristaloides por cada ml de sangre perdida.

- Solamente el 20% del volumen de solución electrolítica, pasado por vía IV en la recuperación volumétrica, es hemodinámicamente efectivo al cabo de una hora.

- La disfunción de la cascada de la coagulación comienza con la hemorragia y la terapia de volumen para reemplazo y es agravada por la hipotermia y la acidosis. De tal forma que si en la primera hora no se ha corregido el estado de choque hipovolémico ya se debe considerar la posibilidad de una CID establecida.

- En caso de choque severo la primera unidad de glóbulos rojos se debe iniciar en un lapso de 15 minutos.

- La hipoperfusión tisular durante el choque y durante la recuperación favorece la micro coagulación intravascular, que puede empeorar la situación hemodinámica en la fase de recuperación cuando ocurre la reperfusión tisular, con micro émbolos venosos hacia cerebro y otros lechos vasculares

Secuencia temporal del “Código Rojo”

Todo el personal de la salud que atiende pacientes obstétricas debe estar familiarizado con los signos clínicos del choque. Tiempo cero: activación del Código Rojo

Lo realiza la primera persona del equipo asistencial que establece contacto con la paciente que sangra y evalúa los parámetros descritos en el cuadro 1. Determina en su orden: estado del sensorio, per fusión, pulso y por último la presión arterial. El grado de choque lo establece el peor parámetro encontrado. Ante signos de choque y/o un cálculo de sangrado superior a 1000 ml se debe activar el código rojo.

La activación del código rojo puede ocurrir en el ser vicio de urgencias, en hospitalización o en las salas de cirugía, partos o recuperación y por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, se sugiere que sea por alta voz.

En el minuto cero, la activación del código debe implicar varias acciones en forma automática:

- Alerta al ser vicio de laboratorio y/o banco de sangre si está disponible en la institución.
- Alerta al ser vicio de transporte. Si la ambulancia está en la institución, debe permanecer allí mientras se resuelve el código; si no está, se debe contactar al centro regulador para avisar que se tiene un Código Rojo en proceso y enviar una ambulancia.
- Empezar a calentar los líquidos a 9°C. Debe estar claramente definido el funcionario que empezará a calentar los líquidos: se colocan por dos minutos en el microondas.
- El mensajero o patinador definido se debe desplazar al ser vicio dónde se activó el código.

Tiempo 1 a 20 minutos: reanimación y diagnóstico

La resucitación inicial en el choque hemorrágico incluye la restauración del volumen circulante mediante la colocación de dos catéteres gruesos (#14) y la rápida infusión de soluciones cristaloides.

- Suministre oxígeno, garantizando la FIO máxima bien sea con máscara-reservorio, ventury al 50% o cánula nasal a 4 litros por minuto.

- Canalice dos venas con catéteres # 14 (café-marrón, garantiza un flujo de 0 ml/min) o #16 (gris: 225 ml/min).

- Tome muestras en tres tubos: de tapa roja, morada y gris, para hemoglobina (Hb), hematocrito (Hcto), plaquetas, hemoclasificación, pruebas cruzadas, tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina (TPT) y fibrinógeno (según el nivel de complejidad). Si el sitio inicial de atención no cuenta con laboratorio, estas muestras se deben conservar y enviarlas debidamente identificadas cuando se transfiera la paciente a otra institución.

- la administración en bolo de 2000 ml de solución salina normal o Hartman.

- Clasifique el grado de choque y complemente el volumen de líquidos requerido de acuerdo al estado de choque. Se debe tener precaución en la pacientes con preeclampsia y con cardiopatías, los ausculte los pulmones y el corazón para detectar posible edema agudo del pulmón o falla de bomba.

- Identifique la causa de sangrado y establezca los diagnósticos diferenciales, así, en el primer trimestre descartar el aborto y sus complicaciones, la gestación ectópica, y la mola hidatidiforme; en el segundo y tercer trimestre identificar las causas placentarias como placenta previa, abrupcio de placenta y la posibilidad de ruptura uterina; y en el posparto utilice la nemotecnia de las 4 “T”: tono (70% de los casos), trauma (20%), tejido (10%) y trombina (1%), e inicie el manejo de acuerdo a la causa

Igualmente se debe descartar la ruptura uterina.

- Evacue la vejiga y deje una sonda para medir la eliminación urinaria permanentemente Mantenga la temperatura corporal estable con la colocación de frazadas.

- En choque severo inicie la transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos (GR) O negativo. Si no hay disponible, inicie O Rh positivo.

- Según la causa sospechada o definida y el nivel de atención en el que se encuentre, defina si el caso es para asumir o para remitir.

•Mantenga informada a la familia.

En el manejo del choque hemorrágico es necesaria la rápida identificación de la causa y su control mientras se realizan las medidas iniciales de reanimación

Tiempo 20 a 60 minutos: estabilización

•En choque grave inicie sangre tipo específica con o sin pruebas cruzadas según la disponibilidad y urgencia.

•Conserve el volumen útil circulante. Si el estado de choque persiste se debe mantener el reemplazo de líquidos necesarios para mejorar la perfusión y la recuperación hemodinámica. Una vez cese hemorragia y se controle el choque, se debe mantener sostenimiento de 00 ml/hora de cristaloides. Es prudente vigilar con auscultación el pulmón buscando signos de edema agudo por volumen, que se debe tratar con las medidas clásicas para el mismo

.

•Si el diagnóstico es una atonía, se deben mantener las maniobras de hemostasia, como el masaje uterino permanente, los uterotónicos, las maniobras compresivas como son el masaje uterino bi-manual o la compresión externa de la aorta.

•Garantice la vigilancia de los signos de perfusión como el estado de conciencia, el llenado capilar, el pulso, la presión arterial y la eliminación urinaria.

Además se debe vigilar la frecuencia respiratoria.

•Si después de la reposición adecuada de volumen la paciente continúa hipotensa considere la utilización de medicamentos inotrópicos y vasoactivos.

•Evalúe de acuerdo a la situación y al nivel si su paciente es para asumir o para trasladar a otra institución

Si el sangrado es por atonía y el control del mismo es difícil, y usted decide asumir el caso porque sus recursos así lo permiten, debe alcanzar un estado de condición óptima de la perfusión antes de someter la paciente a la anestesia y cirugía. Se debe definir la necesidad de realizar procedimientos en su orden, desde el menos agresivo hasta el mayor, como son:

la prueba de taponamiento uterino, las suturas de B-Lynch, la ligadura selectiva de las arterias uterinas y por último la histerectomía.

- Mantenga informada a la familia.

Una resucitación adecuada requiere la evaluación continua de la respuesta mediante la vigilancia de los signos clínicos y los controles seriados hematológicos, bioquímicos y metabólicos.

Tiempo 60 minutos: manejo avanzado

Después de una hora de hemorragia e hipoperfusión, con o sin tratamiento activo, existe una alta probabilidad de una coagulación intravascular diseminada (CID). Antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico, se debe garantizar la recuperación de la coagulación. Se debe proceder así:

- Establezca la vigilancia avanzada para controlar la CID con la re-evaluación de las pruebas de coagulación como el TPT, TP, el fibrinógeno y el dímero D.

- Considere siempre la decisión crítica: si se queda con la paciente, debe disponer de los recursos quirúrgicos, los hemoderivados y la vigilancia en una Unidad de Cuidado Intensivo(UCI); si no puede asumir el tratamiento quirúrgico la debe trasladar en óptimas condiciones a un nivel superior (nivel III o IV).

- Si el sangrado continúa, en instituciones con el recurso del especialista y tecnología adecuada se debe definir la posibilidad de intervenciones avanzadas como la embolización selectiva, o la realización de los procedimientos quirúrgicos si estos no se han realizado aún, como las suturas de B-Lynch, la ligadura de las arterias uterinas y la histerectomía.

- En lo posible solicite asesoría al hematólogo para el manejo adecuado de la CID.

- Corrija siempre la CID antes de la cirugía:

- Garantice que las plaquetas sean superiores a 50.000/ml. Cada unidad de plaquetas de 50 mL aporta 5.000 - 8.000plaquetas por ml.

- Utilice el plasma fresco congelado si el TP y/o el TPT son mayores de 1.5 veces el control.

Dosis: 12-15 ml/kg. Cada unidad de 250 ml aporta 150 mg de fibrinógeno y otros

factores de la coagulación.

-

El crioprecipitado se debe utilizar si el fibrinógeno es inferior a 100 mg/dl y/o el TPT y el TP no se corrigen con la administración del plasma fresco. Una unidad de 10 a 15 ml aporta 200 mg de fibrinógeno, 100 unidades de factor VIII, 80-100 U de factor de Von Willebrand, 50-100 U de factor XIII y fibronectina. Dosis: 2 ml/kg de peso.

- Evalúe el estado ácido-básico, los gases, el ión grama y la oxigenación. Recuerde que la coagulación es dependiente del estado ácido-básico, de la oxigenación y de la temperatura.
- Conserve el volumen útil circulatorio, apoyándose siempre en los criterios clínicos de choque.
- Mantenga las actividades de hemostasia y la vigilancia estricta del sangrado mientras la paciente es trasladada a otra institución, o es llevada a cirugía.
- Mantenga informada a la familia.

En choque severo se deben transfundir tempranamente glóbulos rojos O negativo y si no hay disponibles O positivo. La transfusión de los hemoderivados debe estar guiada más por la clínica que por los resultados de laboratorio.

Siempre que se defina el traslado, se garantizara Transporte adecuado, de preferencia en ambulancia medicada, con el equipo humano acompañante, entrenado en código rojo y que continúe durante el desplazamiento con la aplicación del código, con énfasis en el masaje uterino activo, las maniobras de reanimación, reemplazo de volumen y administración de medicamentos (goteo de oxitocina en caso de atonía). Debe disponerse en la ambulancia del equipo de reanimación cardiopulmonar, medicamentos, infusores de líquidos y oxígeno.

Acompañamiento a la familia con explicación clara y objetiva que proceda de quién asume el proceso de coordinación del Código Rojo.

Organización del equipo de trabajo: con el fin de evitar el caos durante la asistencia de una situación crítica como lo es la hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, es necesario organizar el equipo humano disponible con asignación de funciones específicas, las cuales

deben ser previamente conocidas y estudiadas en los entrenamientos institucionales, y pueden ser asimiladas con la ayuda de las tarjetas del Código Rojo. La organización del equipo mejora las condiciones de trabajo y facilita la realización de las funciones para la recuperación y mantenimiento de la vida de la mujer en choque. Cada miembro participante en el código rojo debe cumplir sus funciones con el fin de evitar la duplicación o la falta de realización de alguna de ellas. La activación del código la hace la primera persona que entra en contacto con la paciente que está sangrando.

Responsables del Código Rojo: se requieren al menos tres personas

Coordinador del código: debe ser el médico general de la institución o donde esté disponible el especialista en ginecología y obstetricia. En caso de no estar presente el médico, debe ser la persona con mayor experiencia en el manejo de esta situación como una enfermera profesional o un técnico de atención pre-hospitalaria. Esta persona debe estar posicionada a nivel del útero y pelvis, para intervenir en las maniobras necesarias de control del sangrado. Sus funciones son:

- Asigne los asistentes 1 y 2 y el circulante.
- Con la información de los signos y síntomas, clasifique el estado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen.
- Busque la causa del choque hemorrágico e inicie el tratamiento. En la hemorragia posparto, apóyese en la estrategia de las cuatro “ T ”: tono, trauma, tejido y trombina. Debe verificar que el útero esté duro y por debajo del ombligo (globo de seguridad), realizar la revisión del canal cervico-vaginal y de la cavidad uterina.
- Evacúe la vejiga después de una adecuada asepsia y deje sonda de Foley para medición del gasto urinario.
- Tome la decisión de trasladar o de asumir el caso de acuerdo con la causa y el recurso disponible para la intervención.
- Ordene la aplicación de los hemo-componentes y medicamentos.
- Verifique continuamente que las funciones de los asistentes se cumplan y defina los cambios a que haya lugar.
- Brinde la información requerida para los familiares o acompañantes a través de la persona asignada a esta función.

Asistente 1:

Puede ser médico, enfermera o auxiliar de enfermería. Lo único que se requiere para esta función es cumplimiento y atención para realizar lo siguiente:

- Posicionado en la cabecera de la paciente, explíquele los procedimientos a seguir y bríndele confianza.
- Si el feto aún está in útero y tiene más de 20 semanas, mantenga la posición de la paciente con desviación hacia la izquierda. Esta maniobra no aplica en el posparto.
- Garantice el suministro de oxígeno con máscara-reservorio, o ventury al 5-50%, o cánula nasal a 4 litros/minuto.
- Tome la presión arterial y el pulso. Conserve la temperatura de la paciente cubriéndola con frazadas para evitar la hipotermia. Monitorice con oximetría de pulso si está disponible.
- Informe al coordinador el estado de la infusión de líquidos y los signos clínicos de choque para ajustar el volumen a suministrar.
- Anote los eventos en la hoja de registro del Código Rojo.
- Colabore con el coordinador si es requerido en la realización de los procedimientos.

Asistente 2:

Puede ser médico, enfermera o auxiliar de enfermería. Igualmente se requiere cumplimiento y atención para realizar lo siguiente:

- Posicionado al lado izquierdo de la paciente
- Garantice el acceso y funcionamiento de 2 vías venosas con catéteres # 14 o 16. Tome las muestras sanguíneas en tres tubos (tapa roja, morada y gris), e inicie la infusión de 2000 ml de cristaloides calentados a 9° C (bien sea en microondas, o con electrodo en agua, por 2 minutos).
- Realice las órdenes de laboratorio necesarias para Hb, Hto, plaquetas, TP, TPT, fibrinógeno, pruebas cruzadas y clasificación sanguínea. En instituciones de alta complejidad solicite dímero D, iono grama y pH y gases arteriales.
 - Si se considera un choque severo, solicite inmediatamente 2 unidades de glóbulos rojos O negativo, si no está disponible utilice O Rh positivo.
 - Aplique los líquidos y medicamentos definidos por el coordinador. Circulante(s):

puede ser auxiliar de enfermería u otra persona de la institución que esté capacitada para su función, debe realizar lo siguiente:

- Entregue al asistente 2 los primeros 500 ml de cristaloides a la temperatura que se encuentre, luego inicie el calentamiento de los líquidos restantes.
- Identifique adecuadamente los tubos y verifique que lleguen oportunamente al laboratorio.
- Mantenga contacto con el coordinador del Código Rojo para garantizar la información oportuna y veraz de la condición de la paciente a los familiares.
- Reclute más personal si se requiere.
- Colabore con el coordinador en la realización de procedimientos en caso de ser requerido.

Escenarios específicos del choque hipovolémico:

1. Paciente que mejora con las maniobras iniciales: en los primeros 20 minutos

- Continúe la vigilancia estricta:
 - Evalue signos de perfusión (sensorio, llenado, pulso y PA cada 15 minutos)
 - Vigile el sangrado vaginal cada 15 minutos y durante 4 horas
 - Si fue una hemorragia por atonía, vigile la contracción uterina cada 15 minutos

•Soporte ESTRICTO:

Continúe los líquidos IV a razón de 1000 ml/hora

- Continúe los uterotónicos por 12 a 24 horas, si fue una atonía
- Mantenga la oxigenación
- Defina la transfusión si es necesario hemoglobina < 7 g/dl)

2. Paciente que no mejora con las maniobras iniciales:

- Continúe vigilancia ESTRICTA mientras se define lugar de atención: signos vitales y signos de choque.
- Continúe el masaje uterino y uterotónicos si es del caso, durante el período previo a la cirugía o durante la remisión.
- Defina el nivel de atención requerido.
- Sin remisión: vigilancia avanzada de la coagulación, estado ácido básico, ionograma.
- Defina conducta quirúrgica: lograr MAXIMA estabilidad previamente a la cirugía.
- Garantice el soporte posquirúrgico avanzado: U.C.I +

Trombo profilaxis.

3. Paciente que mejora en la reanimación inicial pero recae en choque posteriormente (es la paciente que es remitida habiendo tenido choque inicial)

- Repase todos los procesos de los tiempos 1 a 20, 20 a 60 y ubíquese en el tiempo que calcula para la paciente (generalmente esta paciente llega con CID).

- Defina conducta quirúrgica previa estabilización intentando alcanzar la MÁXIMA estabilidad posible

- Garantice el soporte posquirúrgico avanzado: UCI + trombo profilaxis.

8.-BIBLIOGRAFIA

ACOG Practice Bulletin. Postpartum Hemorrhage. Obstetrics & Gynecology 2006; 108 (4): 1039 – 47

2.Christopher B-Lynch , Louis G. Keith, Andrè B. Lalonde , Mahantesh Karoshi. A Textbook of Postpartum Hemorrhage. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. Octubre 2006

3.Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425

4.G.Boog. Placenta Previa. Encycl. Med. Chirur. (Elsevier Paris-France) Obstetrique , 5069-A-10, 1996,26.p

5.Georges Boog , Philippe Merviel Placenta Accreta. Encyclopédie Médico Chirurgicale - E- 5-069-A-30, 2003

6.García Abel y cols. Guía Didáctica para la Ligadura de Arterias Hipogástricas. IMSS 2004.

7.Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.

8.Guidelines on the management of massive blood loss. British Committee for Standards in Hematology: D Stainsby, S MacLennan, D Thomas, J Isaac and PJ Hamiltón. British Journal of Hematology 2006; 135:63441.

9.Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 2096-2097

10. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
11. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
12. M. Konè, S. Diarra. Roturas Uterinas durante el Embarazo. *Encycl. Med. Chir. (elsevier Paris-France) Obstetrique* 5080-A-10, 1995,9.p
13. N. Aflak , M. Levandom . Hemorragias Graves del Alumbramiento. *Encycl. Med. Chirur. (elsevier Paris-France) Obstetrique* 5103-A-10 2001 .10.p
14. P. Barbarino –Monnier, A. Barbarino, F. Bayomeu, V. Bonenfant-Mezeray , P. Judlin. Hemorragias graves durante el embarazo y el parto, choque hemorrágico. *Encycl. Med, Chirur (Elsevier Paris-France) Obstetrique* 5082-A-10, 1998,12.p
15. Placenta Praevia and Placenta Praevia Accreta: Diagnosis and management. Guideline. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. 2005 (RCOG No 27):1-12
16. Protocolo para el tratamiento y prevención de las hemorragias obstétricas graves. Argentina 2007: 1-98
17. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
18. Sakornbut Ellen, Leeman Lawrence, Fontaine Patricia. Late Pregnancy Bleeding. *Am Fam Physician* 2007;75:1199-206
19. SOGC Clinical Practice Guideline. Diagnosis and Management of Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(3): 261-66

20. Tratado EMC Ginecología y Obstetricia Capítulo E – 41-910: pag. 1-9

21. Vitelio Velasco-Murillo, Eduardo Navarrete-Hernández, Leticia de la Cruz-Mejía. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005. ¿Azar o resultado de acciones específicas? Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (2): 211-218

22. Yinka Oyelese and Cande V. Ananth. Placental Abruption. Obstetric & Gynecologists 2006; 108 (4): 1005-16.

9- ANEXOS

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



Dg			ABORTO	ABORTO	CURSO O INEVITABLE	INCOMPLETO	COMPLETO	DIFERIDO	SEPTICO
		TIPO DE	MENAZA DE	ABORTO EN	ABORTO	ABORTO	ABORTO	ABORTO	ABORTO
EXAMEN CLINICO	EXAM FISICO	UTERO / EG	Acorde	Acorde	Menor	Menor	Menor	Mayor o blando	
		ACTVIDAD UTERINA							
		-							
		DOLOR	+	+++	++	-	+ / -	++	
		SANGRADO	+ / no	+++	++	+ / no	+ / -	/- Pus - Mal olor	
		CAMBIOS EN CUELLO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	
		EXPULSION DE RESTOS	NO	SI	SI	SI /NO	NO	Mal olor	
EXAMENES	HCGB	+	+-	+-	-	+	+		
	ECOGRAFIA	FCF +	FCF - o + LA ausente	Restos	Útero vacío	FCF - EG menor	Restos		