

Artículo Original

Causas y manejo de las hemorragias en el embarazo. Estudio multicéntrico en tres centros hospitalarios de una capital departamental

Causes and management of bleeding during pregnancy. Multicenter study in three hospitals in a departmental capital city.

Alexander Alexis Arzamendia Acosta ¹ 

¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Regional Paraguarí. Paraguarí, Paraguay.

Editor responsable: Jorge Alejandro Dejesús Núñez  Federación Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. Asunción, Paraguay

Revisor 1: Prof. Dr. Carlos Fernando Vera Urdapilleta  Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Dirección de Aseguramiento de la Calidad Académica. San Lorenzo, Paraguay.

Revisor 2: Dra. Pasionaria Rosa Ramos Ruíz Díaz  Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: Las principales causas de las hemorragias en el embarazo se dan en el primer y tercer trimestre. En las Américas, es la segunda causa de muerte en las mujeres, donde el 22% de estas muertes son a consecuencia de la hemorragia y 8% a complicaciones del aborto, es decir 1 de cada 5 muertes fallecen por sangrados en el embarazo. **Objetivos:** Identificar las causas de la hemorragia en el embarazo y la caracterización de las intervenciones realizadas en el manejo de las hemorragias del primer y tercer trimestre; además de determinar la mortalidad materna y morbilidad de los recién nacidos. **Metodología:** observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo con enfoque cuantitativo, población: gestantes asistidas en tres centros hospitalarios de la ciudad de Paraguarí de enero del 2023 a mayo del 2024. Tamaño de muestra: por conveniencia se incluyeron a todos los sujetos que reunían los criterios de inclusión. **Resultados:** se incluyeron al estudio 312 casos de hemorragias en el embarazo, siendo la edad media 28 ± 7 años (rango 17 - 48 años), la etiología de la hemorragia más frecuente fue el aborto (61,85%) y su intervención fue el AMEU en el 41,45% de los casos. Para las hemorragias en el embarazo del tercer trimestre la histerectomía en un 43,62% fue la intervención más frecuente. Se observó una prematuridad del 49,46% en los 93 hijos de las mujeres con hemorragias del

Autor correspondiente: Alexander Alexis Arzamendia Acosta. Correo electrónico: arzacosta2179481@yahoo.com

Artículo recibido: 12 mayo 2025

Artículo aprobado: 23 octubre 2025

 Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de Licencia de Atribución Creative Commons, que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como referenciar este artículo: Arzamendia Acosta AA. Causas y manejo de las hemorragias en el embarazo. Estudio multicéntrico en tres centros hospitalarios de una capital departamental. Ginecología Obstetricia. 2025;4:e04250202

tercer trimestre y una muerte neonatal del 2,15%. **Conclusión:** El aborto fue la etiología con mayor frecuencia, predominando su ocurrencia en el primer trimestre. La intervención más común para el aborto fue el AMEU y para las hemorragias del tercer trimestre fue la histerectomía. La complicación neonatal con mayor predominio fue la prematuridad y la muerte neonatal fue baja. No se registró ningún caso de mortalidad materna.

Palabra clave: aborto, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura uterina.

ABSTRACT

Introduction: The main causes of hemorrhage in pregnancy occur in the first and third trimesters. In the Americas, it is the second leading cause of death in women, with 22% of these deaths resulting from hemorrhage and 8% from complications of abortion, meaning that 1 in 5 deaths are due to bleeding during pregnancy. **Objectives:** To identify the causes of hemorrhage in pregnancy and characterize the interventions performed in the management of first- and third-trimester hemorrhages, as well as to determine maternal mortality and morbidity and mortality in newborns. **Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study with a quantitative approach. Population: Pregnant women treated at three hospitals in the city of Paraguarí from January 2023 to May 2024. Sample size: For convenience, all subjects who met the inclusion criteria were included. **Results:** 312 cases of bleeding during pregnancy were included in the study, with a mean age of 28 ± 7 years (range 17-48 years). The most frequent cause of bleeding was abortion (61.85%), and medical abortion was performed in 41.45% of cases. For bleeding in the third trimester of pregnancy, hysterectomy was the most frequent intervention in 43.62% of cases. Prematurity was observed in 49.46% of the 93 children of women with third-trimester bleeding, and neonatal death occurred in 2.15% of cases. **Conclusion:** Abortion was the most frequent etiology, predominantly occurring in the first trimester. The most common intervention for abortion was MVA, and for third-trimester hemorrhages, it was hysterectomy. The most prevalent neonatal complication was prematurity, and neonatal mortality was low. No cases of maternal mortality were recorded.

Keyword: abortion, ectopic pregnancy, premature placental abruption, uterine rupture.

INTRODUCCIÓN

Se conoce como hemorragias en el embarazo al sangrado genital que se produce en cualquier momento de la gestación, considerándose un problema frecuente en la práctica clínica obstétrica. En las Américas, la hemorragia es la segunda causa de muerte donde 23% de estas muertes son a consecuencia de la preeclampsia y eclampsia, 22% hemorragias y 8% complicaciones del aborto, es decir 1 de cada 5 muertes fallecen por sangrados en el embarazo. Estas muertes en su mayoría son totalmente prevenibles, además, las muertes maternas, fetales y neonatales son consideradas indicadores universales de inequidad de las condiciones de vida, del acceso a los servicios de salud y de su calidad. Son el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes ya desde el periodo preconcepcional y que persisten o se agravan en el periodo de gestación y repercuten en forma directa en la salud del recién nacido ⁽¹⁾.

Clásicamente, las hemorragias en el embarazo se han dividido en dos grandes grupos: de la primera mitad (1 – 22 semanas de gestación) y segunda mitad del embarazo (23 – al término de la gestación), pero en la actualidad la hemorragia se clasifica en: hemorragias del primer trimestre en donde se incluyen al aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) y las del tercer trimestre: desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI), placenta previa y ruptura uterina ⁽²⁾.

Se define al aborto como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 a 15% de las gestaciones y más del 80% de los abortos ocurren antes de las 12 semanas. Por su parte, el embarazo ectópico es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial, la localización

más frecuente en el 98% de los casos es la tubárica, pudiendo implantarse también a nivel abdominal, ovárico, cervical, cornual e interligamentoso, aunque estas son muy raras ^(2, 3).

Otra patología obstétrica que produce hemorragia en la primera mitad del embarazo es la ETG que agrupa un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario (mola hidatiforme parcial y completa, mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario) relacionadas con el embarazo. La ETG tiene una clínica potencialmente maligna y el pronóstico depende de un factor, que es el aumento de B – HCG ⁽⁴⁾.

Se ha observado que el sangrado del primer trimestre puede ser indicativo de una disfunción placentaria subyacente, la cual puede manifestarse más adelante en el embarazo y provocar complicaciones como preeclampsia, parto prematuro, ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto, DPPNI y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) ⁽⁵⁾.

Mientras que los sangrados que se manifiestan en el tercer trimestre afectan al 3-5% de los embarazos, y más del 20% de los partos pretérminos tienen una hemorragia como causa. Asociada a mayor morbilidad materna y resultado perinatal adverso. Hay mayor riesgo de parto prematuro, muerte fetal y RCIU, además de una mayor tasa de inducción de parto a término ⁽³⁾.

La placenta previa una de las causantes de hemorragia en el tercer trimestre, caracterizada por la implantación variable de la placenta sobre el orificio cervical interno, del mismo modo el DPPNI cuya separación de la placenta, no inserta en el orificio cervicouterino, de su inserción decidua entre la semana 22 del embarazo y el periodo de alumbramiento produce hemorragias en esta etapa de gestación, pudiendo manifestarse de forma oculta en el 20 % de los casos y de forma externa en el 80%⁽⁶⁾.

La ruptura uterina ocurre en 0,1% de todos los embarazos de término y se puede asociar a una dehiscencia de cicatriz uterina anterior, un parto espontáneo rápido, estimulación excesiva con oxitocina, multiparidad, desproporción cefalopélvica o una presentación transversa no reconocida ⁽⁷⁾.

También se describe como causante de la hemorragia en el tercer trimestre a la vasa previa, que representa una entidad poco común de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en la cual los vasos fetales desprotegidos de la gelatina de Wharton o tejido placentario discurren a través de la membrana amniótica por el orificio cervical interno y por delante de la presentación fetal ⁽⁸⁾.

La identificación temprana y el manejo adecuado de estas complicaciones son esenciales para reducir los riesgos tanto para la madre como para el feto. En el contexto de la perinatología, el estudio de los resultados perinatales en mujeres que han experimentado hemorragias durante el embarazo es crucial para comprender la magnitud del problema y desarrollar estrategias efectivas de intervención ^(9, 10).

Los efectos adversos de las hemorragias pueden incluir parto prematuro, bajo peso al nacer, asfixia perinatal, y mortalidad neonatal. Además, las hemorragias pueden tener consecuencias severas para la salud materna, como la necesidad de transfusiones sanguíneas, histerectomías de emergencia y, en casos graves, la muerte materna ⁽¹¹⁾.

Este trabajo de investigación tiene como finalidad recopilar datos de mujeres que presentaron hemorragias durante el embarazo en tres centros hospitalarios de la ciudad de Paraguarí durante el período 2023-2024. Se trata de un estudio multicéntrico de diferentes entornos hospitalarios para obtener una visión integral de las consecuencias maternas y perinatales de estas complicaciones. Además, permita a los profesionales de la salud a desarrollar mejores estrategias de prevención y manejo, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad y mortalidad con hemorragias en el embarazo.

El objetivo de este estudio fue identificar las causas de la hemorragia en el embarazo y la caracterización de las intervenciones realizadas en el manejo por trimestres. Además de determinar la mortalidad materna y morbimortalidad de los recién nacidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de esta investigación fue observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo con enfoque cuantitativo, cuya población fueron las gestantes que consultaban por hemorragia en el embarazo en tres centros hospitalarios de la ciudad de Paraguarí (Hospital Regional Paraguarí, Seguro Social, Sanatorio Privado) de enero del 2023 al mes de mayo del 2024.

Muestreo utilizado: no probabilístico de casos consecutivos. Tamaño de muestra: por conveniencia se incluyeron a todos los sujetos que reunían los criterios de inclusión.

Para la gestión de datos, las variables fueron obtenidas de las historias clínicas accesibles del sistema informático de cada hospital (Hospital Regional Paraguarí: HIS, Seguridad Social: SIH y Sanatorio Privado: SIC) para facilitar las búsquedas de los datos de interés se filtraron por código CIE por cada patología:

- Aborto: O 021, O 03, O 04, O 05, O 06, O 07, O 08, O 020 0
- Embarazo ectópico: O 00, O 00 0, O 00, O 00 2, O 00 8, O 00 9
- ETG: O 01, O 01 0, O 01 1, O 01 9, O 08 C, C 58
- Placenta previa: O 44, O 44 0, O 44 1
- DPPNI: O 45, O 45 0, O 45 8, O 45 9
- Ruptura uterina: O 71, O 71.0, O 71.1 ⁽³⁾.

Posteriormente estos datos se transcribieron a formato electrónico Microsoft Excel® 2016, donde en las hojas de cálculo una columna es para cada variable y las mismas fueron sometidas a estadística descriptiva con el programa informático Epi Info 7™. Los datos cualitativos fueron expresados en frecuencias y porcentajes, mientras que los cuantitativos en medidas de tendencia central y de dispersión.

La investigación se realizó con base a las siguientes variables:

- Características demográficas
- Antecedentes obstétricos
- Hemorragias según su etiología
- Intervenciones médicas
- Muerte materna
- Morbimortalidad de los recién nacidos

El estudio se efectuó de acuerdo con los tres principios fundamentales para aplicar a sujetos de estudio, según el Tratado Belmont, que son:

Respeto: la investigación será utilizada solo con fines académicos, asegurando la confidencialidad.

Justicia: no se revelará la identidad de los pacientes que participaron de la investigación.

Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación y minimizar los riesgos para los sujetos de estudio.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Pacífico del Paraguay, dictamen 012/2024. Luego de su aprobación se procedió a solicitar la autorización de los directores de las instituciones involucradas, una vez obtenida la autorización se procedió a la recolección de datos.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 312 gestantes. La media de la edad fue 28 ± 7 años (rango 17 - 48 años).

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas y centros hospitalarios, Paraguarí (2023 – 2024). (n: 312)

Variable	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de escolaridad	Primaria	34	10,9%
	Secundaria	239	76,6%
	Universitaria	39	12,5%
Procedencia departamental	Cordillera	18	5,77%
	Guairá	12	3,85%
	Paraguarí	282	90,38%
Centro hospitalario	Hospital Regional de Paraguarí	270	86,54%
	Seguro Social	32	10,25%
	Sanatorio Privado	10	3,21%

El 29% (89) de las pacientes tuvo dos gestaciones, el 73% (227) no presentó como antecedente ningún aborto. El 44% (137) presentó un parto vaginal y el 20% (61) tuvieron una cesárea previa. Tabla 2

Tabla 2. Distribución porcentual de los antecedentes obstétricos en pacientes con hemorragias en el embarazo, Paraguarí (2.023 – 2.024). (n: 312)

Variable	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Número de gestaciones	1	82	26%	26%
	2	89	29%	55%
	3	65	21%	76%
	4	34	11%	87%
	5	33	10%	97%
	6	7	2%	98%
	7	2	1%	100%
Número de abortos	0	227	73%	73%
	1	79	25%	98%
	2	6	2%	100%
Número de partos vaginales	0	37	12%	12%
	1	137	44%	56%
	2	94	30%	86%
	3	35	11%	97%
	4	9	3%	100%
Número de cesáreas	0	182	58%	58%
	1	61	20%	78%
	2	28	9%	87%
	3	26	8%	95%
	4	15	5%	100%

El 61,85% (193) de las pacientes tuvo aborto y el 21,15% (66) tuvo ruptura uterina. Tabla 3

Tabla 3. Etiologías de la hemorragia en el embarazo, Paraguarí (2.023 – 2.024). (n: 312)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Abortos	193	61,85%
Ruptura uterina	66	21,15%
Embarazo ectópico	25	8%
Desprendimiento de la normoinsera	25	8%
Placenta previa	3	1%

Las intervenciones médicas realizadas según el tipo de aborto se describen en la tabla 4, donde observamos que el 41,45% fueron por aspiración manual endouterina (AMEU) y el 34,72% por legrado instrumental uterino (LIU). El manejo con progesterona micronizada en la amenaza de aborto fue en todos los casos.

Tabla 4. Intervenciones médicas según el tipo de aborto, Paraguarí (2.023 – 2.024). (n: 193)

Tipos de abortos	AMEU	LIU	LIU y antibiótico terapia	Progesterona y reposo
Aborto en curso (n: 98)	65 (66,33%)	33 (33,67%)	0	0
Aborto incompleto (n: 16)	6 (37,5%)	10 (62,5%)	0	0
Aborto séptico (n: 9)	0	0	9 (100%)	0
Amenaza de aborto (n: 37)	0	0	0	37 (100%)
Missed abortium (n: 33)	9 (27,27%)	24 (72,73%)	0	0

AMEU: aspiración manual endouterina LIU: legrado instrumental uterino

De los 94 casos de hemorragias del tercer trimestre, el 70,21% (66 pacientes) presentó ruptura uterina, el 26,6% (25) DPPNI y el 3,19% (3) placenta previa. La histerectomía fue el tratamiento quirúrgico en todos los casos de DPPNI y placenta previa y solo el 19,7% en los casos de ruptura uterina. Tabla 5.

Tabla 5. Tratamiento quirúrgico y transfusiones en el manejo de las hemorrágicas en el embarazo, Paraguarí (2.023 – 2.024). (n: 119)

Tipo de hemorragia durante el embarazo	Tratamiento quirúrgico	Transfusiones
Embarazo ectópico (n: 25)	Salpingectomía 8 (32%)	9 (36%)
Ruptura uterina (n: 66)	Histerectomía 13 (19,7%)	31 (47,7%)
Placenta previa (n: 3)	Histerectomía 3 (100%)	1 (33,33%)
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (n: 25)	Histerectomía 25 (100%)	6 (24%)

Para la descripción de la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos se consideraron aquellas gestaciones mayores a 26 semanas, hallándose 93 casos. Al momento de la culminación del embarazo, el 49,46% de los recién nacidos (46) fue prematuro y el 37,63% ingresó a la unidad de cuidado intensivo neonatal. Se registró 2 muertes neonatales. Tabla 6

Tabla 6. Distribución según la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de madres con hemorragia en el tercer trimestre (n: 93)

Variables	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Prematuridad	No	47	51,54%
	Sí	46	49,46%
RCIU	No	77	82,8%
	Sí	16	17,2%
Asfixia perinatal	No	79	85%
	Sí	14	15%
Infecciones	No	81	87%
	Sí	12	13%
Ingreso en UCIN	No	58	62,37%
	Sí	35	37,63%
Muerte neonatal	No	91	97,85%
	Sí	2	2,15%

RCIU: restricción del crecimiento intrauterino; UCIN: unidad de cuidado intensivo neonatal

No hubo ninguna muerte materna por hemorragia en el embarazo.

DISCUSIÓN

En este estudio, observamos que la edad promedio fue de 28 años y la escolaridad más frecuente fue la secundaria (76,6%). Estos datos difieren a los hallazgos de la investigación sobre el sangrado vaginal y parto prematuro de Sharami et al. ⁽¹²⁾ donde el nivel de escolaridad fue menor a 12 años de formación (92,3%).

El 21,15% de los casos de hemorragias ocurridas en el embarazo fue por ruptura uterina y solo 1% fue placenta previa, valores muy distintos a los descritos por Guerra et al. ⁽¹³⁾, en cuya investigación sobre hemorragias del tercer trimestre el más frecuente fue la placenta previa (72%).

Las intervenciones médicas realizadas en el 41,45% de las hemorragias causadas por aborto fue el AMEU, resultados diferentes a la investigación de Biagoni et al. ⁽¹⁴⁾ en el servicio de urgencias obstétricas del hospital central del Instituto de Previsión Social en el año 2014 donde reveló que la técnica más empleada para el aborto fue el legrado evacuador 80%.

Para las hemorragias por embarazo ectópico las intervenciones fueron quirúrgicas en su totalidad (100%), hallazgos distintos al estudio hecho en Brasil por Tavares et al. ⁽¹⁵⁾, donde las intervenciones fueron quirúrgicas en 64,34%, tratamiento con metotrexato 25,85% y manejo expectante en 9,81%. Se observó salpingectomía en el 32% de los casos de embarazo ectópico, estos porcentajes fueron casi duplicados en la investigación de Luzardo et al. ⁽¹⁶⁾ donde predominó la salpingectomía (62,5 %).

También se reveló en esta investigación la intervención quirúrgica (cesárea) en la totalidad de los casos de hemorragia por DPPNI (100%), porcentajes cercanos a los hallados por Gurreonero et al. ⁽¹⁷⁾ donde el 82,7% de los eventos se practicó la cesárea de emergencia.

En la revisión acerca de las histerectomías por hemorragias del tercer trimestre, encontramos que Wong ⁽¹⁸⁾ en Nueva Zelanda, en una revisión de 10 años solo el 10,5% de las histerectomías obstétricas fueron por placenta previa, mientras que Vega et al. ⁽¹⁹⁾ en Querétaro, México encontró que el 8,4% y el 2,6% fueron por placenta previa y DPPNI respectivamente. En nuestro estudio todas las pacientes con placenta previa y con DPPNI fueron a la histerectomía y sólo el 19,7% (13/66 de las pacientes) con ruptura uterina.

Con respecto a la morbilidad de los recién nacidos, en nuestro estudio encontramos que el 49,46% fue prematuro, seguida en menores porcentajes de RCIU (17,2%), asfixia perinatal (15%) e infecciones (13%). Hallazgos en estudios donde se evalúa a la hemorragia del tercer trimestre como factor causal de las complicaciones del recién nacido, encontramos que la placenta previa tiene más prevalencias en prematuridad (60% Erez et al. ⁽²⁰⁾, 52% Fishman et al. ⁽²¹⁾ y 45,1% Sekiguchi et al. ⁽²²⁾). En India, Chattopadhyay et al. ⁽²³⁾ con una incidencia de 0,23 % de placenta previa reporta una prematuridad del 42,85 %, seguida del síndrome de distrés respiratorio (14,28 %), la asfixia perinatal (14,28 %) y RCIU/Oligohidramnios (4,76 %). Los recién nacidos que requirieron reanimación seguida de ingreso en la UCIN fue del 33,3 % y la incidencia de mortalidad perinatal fue del 23,8 %. Mientras que, en Burkina Faso, Moussa et al. ⁽²⁴⁾ con 105 casos de hemorragias del tercer trimestre (DPPNI: 46 casos (43,81%), placenta previa: 34 casos (32,38%) y ruptura uterina: 25 casos (23,81%). En nuestro estudio, se observó que el 37,63% de los recién nacidos ingresaron a la unidad de cuidado intensivo neonatal, donde las principales causas fueron la prematuridad y la dificultad respiratoria.

Como limitaciones de este estudio puede señalarse que los registros de los sistemas hospitalarios aún son deficientes para el archivo de los expedientes médicos del binomio madre – hijo, habiendo sido este el principal factor de retrasos en el cronograma de la ejecución del estudio.

Se concluye que la causa más frecuente de la hemorragia en el embarazo fue el aborto (61,85%) y su manejo con AMEU fue la intervención más común (41,45%). Para las hemorragias del tercer trimestre, DPPNI y placenta previa, la histerectomía fue tratamiento realizado en todos los casos y en una quinta parte de las rupturas uterinas. La placenta previa fue poco frecuente (3,19%).

La complicación neonatal con mayor predominio fue la prematuridad (49,46%) y la muerte neonatal fue baja (2,15%). No se registró ningún caso de mortalidad materna.

A partir de todo lo expuesto se recomienda continuar con la implementación de estrategias nacionales desde el nivel primario, enfocado en la promoción de la salud reproductiva en mujeres en edad fértil a fin de identificar y derivar oportunamente aquellas gestantes con factores de riesgos para hemorragias obstétricas a un centro de mayor complejidad para recibir control prenatal idóneo, donde se cuente con insumos, materiales y personal médico calificado; y así evitar complicaciones perinatales graves. Todo esto con el propósito de reducir significativamente las estadísticas en patologías tan graves como lo son las hemorragias en el embarazo. Se sugiere, además, la realización de otros estudios de investigación referente al tema, pues hay pocas publicaciones a nivel país, principalmente del interior.

Conflicto de intereses

El autor declara que la investigación se llevó a cabo en ausencia de relaciones comerciales o financieras que pudieran interpretarse como un posible conflicto de intereses.

Fuente de financiamiento

El autor declara que no recibió apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos brutos que respaldan las conclusiones de este artículo serán puestos a disposición por los autores, sin reservas indebidas.

Correspondencia: arzacosta2179481@yahoo.com

Contribución del autor

Arzamendia Acosta, Alexander Alexis: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Recursos, Software, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción del borrador original, Redacción – revisión y edición.

Nota del editor

Las afirmaciones expresadas, en este manuscrito, son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan las de las instituciones a las que están vinculadas, las del editor, editores responsables y ni los revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo, o afirmación que pueda hacer su fabricante, no está garantizado ni respaldado por el editor.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cero Muertes Evitables. OPS. [Internet]. 2024 feb [citado 2024 May 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas-por-hemorragia>.
2. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Novena ed. Santiago: Escuela de Medicina; [Internet]. 2018 [citado 2024 May 13] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2018.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas. Primera ed. Asunción: MSPYBS; [Internet] 2018 [citado 2024 May 15] Disponible en: <https://www.mspps.gov.py/dependencias/progsalud/adjunto/b155f3-PatologiasObstetricascorregido.pdf>
4. Sant Joan de Déu. Hospital Clínic. Protocolo: manejo de la mola hidatiforme. In Protocolo de medicina materno - fetal. Barcelona: Universitat de Barcelona [Internet] 2020 [citado 2024 May 18] Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/mola.pdf>
5. Ministerio de Salud de Panamá. Guía de manejo de las complicaciones en el embarazo. Primera ed. Panamá: MINSA – CSS. [Internet] 2015 [citado 2024 May 19] Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
6. Carvajal J. Manual de obstetricia y ginecología. Décimo cuarta ed. Santiago: Universidad Católica de Chile; [Internet] 2023 [citado 2024 May 19] Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf
7. Zhang W, Geris S, Beta J, Ramadan G, Nicolaides KH, Akolekar R. Prevention of stillbirth: impact of two-stage screening for vasa previa. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020 May;55(5):605-612. doi: 10.1002/uog.21953.
8. Torres K. Manejo de hemorragias vaginales durante el periodo gestacional y hemorragia postparto Cuenca: Universidad Católica de Cuenca. [Internet] 2021 [citado 2024 May 20] Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/6b4c7181-1065-461d-b070-7b1865ed719c>
9. Vilca M. Complicaciones perinatales en recién nacidos hijos de madres adolescentes Trujillo: Universidad César Vallejo [Internet] 2023 [citado 2024 May 21] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131809>
10. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, El-Refaey H, England A, Federici AB, Grotegut CA, Halimeh S, Herman JH, Hofer S, James AH, Kouides PA, Paidas MJ, Peyvandi F, Winikoff R. Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel. *Transfusion*. 2014 Jul;54(7):1756-68. doi: 10.1111/trf.12550.
11. Amirkhani Z, Akhlaghdoust M, Abedian M, Salehi GR, Zarbati N, Mogharehabed M, Arefian S, Jafarabadi M. Maternal and perinatal outcomes in pregnant women with first trimester vaginal bleeding. *J Family Reprod Health*. 2013. [Internet]. 2014 jun [citado 2024 Jun 01]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4064773/>

12. Sharami, Seyedeh Hajar et al. "The relationship between vaginal bleeding in the first and second trimester of pregnancy and preterm labor." *Iranian journal of reproductive medicine* vol. 11,5 (2013): 385-90. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3941415/>
13. Guerra Tueros, R.; Quispe Pardo, E. Factores asociados a hemorragias del tercer trimestre en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2003 UPCH, Revista Med. Disponible en: <https://repebis.upch.edu.pe/articulos/rev.viernesmed/v31n3/a1.pdf>
14. Biagoni Britez, Noemi Paola. Situación Clínico-epidemiológicas de Mujeres con Diagnóstico de Aborto Atendidas en el Servicio de Urgencias Obstétricas del Hospital Central IPS. Año 2014 / Clinical-epidemiological situation of Women with Abortion Diagnosis Attended in the Obstetric Emergency Service of the IPS Central Hospital. Year 2014. Internet 2014; 2014. 72 p. Disponible en: <https://busqueda.bvsalud.org/porta/portal/resource/fr/biblio-914776>
15. Tavares BVG, Delfino LS, Ignarro IS, Baccaro LF. Changing Paradigms in the Initial Treatment of Ectopic Pregnancy at a University Hospital in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023 Apr;45(4):192-200. doi: 10.1055/s-0043-1768999.
16. Luzardo Silveira Ernesto Manuel, Parra Infante Nelson, Sánchez Barrero Nilvia, Tamayo Blanco Isnay. Cirugía laparoscópica de urgencia en el embarazo ectópico. MEDISAN [Internet]. 2011 Sep [citado 2025 Ene 13]; 15(9): 1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000900009&lng=es.
17. Gurreonero Briceño, Edgar; Derezin Quintana, Tereza. Evaluación del Desprendimiento Prematuro de Placenta en la Altura / Evaluation of Abruptio Placentae in high altitude *Rev. méd. Inst. Perú. Segur. Soc.*; 3(4): 27-32, oct.-dic. 1994. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/es/lil-163601>
18. Wong TY. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review in a tertiary obstetric hospital. *N Z Med J*. 2011 Nov 4;124(1345):34-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22072164/>
19. Vega M., Genaro, Bautista G., Luis Nelson, Rodríguez N., Lucía Denice, Loredó A., Fátima, Vega M., Jesús, Becerril S., Alma, & Barros L., Silvia. (2017). Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(5), 526-533. doi: 10.4067/s0717-75262017000500526
20. Erez O, Novack L, Klaitman V, Erez-Weiss I, Beer-Weisel R, Dukler D, Mazor M. Early preterm delivery due to placenta previa is an independent risk factor for a subsequent spontaneous preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Aug 10;12:82. doi: 10.1186/1471-2393-12-82.
21. Fishman SG, Chasen ST, Maheshwari B. Risk factors for preterm delivery with placenta previa. *J Perinat Med*. 2011 Nov 16;40(1):39-42. doi: 10.1515/JPM.2011.125.
22. Sekiguchi A, Nakai A, Kawabata I, Hayashi M, Takeshita T. Type and location of placenta previa affect preterm delivery risk related to antepartum hemorrhage. *Int J Med Sci*. 2013 Sep 24;10(12):1683-8. doi: 10.7150/ijms.6416.
23. Chattopadhyay, S., Majumder, S., Patra, K. K., & Kamal, A. H. M. (2018). Perinatal mortality of placenta previa: a 1-year retrospective study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8(1), 31–34. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20185090.
24. Moussa, B., Iissa, O., Evelyne, K. and Parfait, Y. (2021) The Third Trimester Bleeding at the Department of Obstetrics and Gynecology of the Teaching Hospital Sourou Sanou of Bobo Dioulasso. About 105 Cases and Review of Literature. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 11, 1781-1790. Doi: 10.4236/ojog.2021.1112166.