

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO



FACTORES PREDISPONENTES QUE DESENCADENAN HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES GESTANTES

WENDY BEATRIZ IXCAYAU CUZCO

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Enero 2016

INDICE DE CONTENIDOS

	PÀGINA
RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	15
IV. MATERIALES Y METODOS	16
V. RESULTADOS	20
VI. DISCUSION Y ANALISIS	31
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
VIII. ANEXOS	37

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
TABLA 1	21
TABLA 2	22
TABLA 3	23
TABLA 4	24
TABLA 5	25
TABLA 6	26
TABLA 7	27
TABLA 8	28
TABLA 9	29

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
GRAFICA 1	21
GRAFICA 2	22
GRAFICA 3	24
GRAFICA 4	25
GRAFICA 5	26
GRAFICA 6	27
GRAFICA 7	30

RESUMEN

La hemorragia obstétrica constituye la primera causa de mortalidad materna en Guatemala, según la organización Mundial de la salud el 15% de las embarazadas puede experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo o del parto, actualmente no existen estudios en el Hospital de Cuilapa por lo que se decidió investigar los factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en mujeres gestantes con lo cual se pudo relacionar la cesárea previa como principal factor de riesgo con un 34% , seguido por la Hipertensión Arterial y legrados Previos, con un 13% respectivamente, cabe mencionar que el 52% de nuestra población está comprendida entre los rangos de edad de 21 a 29 años, población joven con un 78% de escolaridad primaria y un 17% analfabeta, asimismo mencionamos que el 65% de la población estudiada no llevo control en ningún nivel de atención primaria con lo cual dificulta llevar un adecuado tamizaje para referir oportunamente a un centro de mayor resolución en caso de los de atención primaria, así mismo el 56% de las pacientes no se realizó ultrasonido obstétrico siendo un método diagnóstico para detectar las distintas clases de placenta previa y así realizar intervención oportuna. Respecto a las complicaciones maternas presentadas el 17% de las pacientes que fueron ingresadas en el Hospital de Cuilapa por Hemorragia en el tercer trimestre presento un cuadro de atonía uterina, y un 13% necesito transfusión de células empacadas por haber presentado un cuadro de Shock por la Hemorragia Obstétrica que presento, asimismo que el 23% de las pacientes presento anemia como complicación materna, siendo un círculo vicioso ya que es un factor de riesgo que al no ser tratada también se convierte en una complicación provocando hemorragias en el tercer trimestre.

I. Introducción

A pesar de los avances en la atención obstétrica y anestésica, la hemorragia obstétrica sigue siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad, materno-fetal. ⁽¹⁾

La organización Mundial de la Salud reporta que existe en el mundo 529,000 muertes maternas al año, de las cuales 166,000, son originadas por hemorragias obstétricas, lo que representa el 25% del total de muertes maternas, más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras horas posparto. ⁽²⁾

Hay varios factores que predisponen hemorragias del tercer trimestre, en Guatemala la edad materna es uno de los principales factores, asociados a la gran paridad, también se ha asociado con mayor frecuencia algún tipo de hipertensión, esto incluye Preeclampsia, hipertensión Gestacional, e Hipertensión crónica. ⁽⁷⁾

Independientemente de cual sea la causa del sangrado anteparto, se requiere una evaluación exhaustiva del mismo y la meta es la estabilización de dos pacientes, madre y feto ⁽⁸⁾

Las manifestaciones clínicas pueden ir desde sangrado mínimo sin impacto hemodinámico ni compromiso fetal, hasta sangrado masivo y signos de hipoxia feta secundarios a hipoperfusión uterina y muerte. ⁽⁸⁾

Se ha observado las complicaciones graves de las hemorragias obstétricas y se han dado principalmente en pacientes de bajos recursos económicos por lo que la importancia de este tema nos lleva a involucrarnos en caracterizar a las pacientes que consultan por hemorragias del tercer trimestre en el Hospital de Cuilapa.

II. Antecedentes

Según la Organización Mundial de la salud –OMS- cada día pierden la vida 1500 mujeres en el mundo, por complicaciones de embarazo, parto y posparto.

En Guatemala en los últimos trece años han muerto 6,167 mujeres como consecuencia de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, más del 90% de ella evitables. ⁽⁵⁾

Toda mujer embarazada se considera de riesgo, la hemorragia vaginal en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación, tanto para la paciente como para el médico.

Se dice que la hemorragia vaginal grave es rara antes de las 24 semanas, y cuando se produce, el tratamiento de la madre se hace sin tener demasiado en cuenta las consideraciones sobre la supervivencia fetal, sin embargo la supervivencia fetal en el tercer trimestre son significativas ⁽⁶⁾

Se definió la hemorragia obstétrica como la perdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos. O por la necesidad de transfusión posparto, se dice que la causa de decesos maternos por hemorragia es dada en países con menos recursos, como Guatemala, ya que hay menos disponibilidad de sangre o componentes de la misma. ⁽⁷⁾

Entre los factores de riesgo que producen hemorragia del tercer trimestre encontramos el desprendimiento prematuro de Placenta, placenta previa entre ellas placenta previa total, placenta previa parcial, marginal e implantación baja de placenta.

En nuestro país, se caracteriza por una población joven y por una alta tasa de embarazos en adolescentes, ya que presenta una alta tasa de fecundidad en adolescentes siendo esta 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año, la mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión formal o consensual antes de cumplir los 20 años, Tres cuartas partes de la que no tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años según datos obtenidos del instituto nacional de estadística (INE). ⁽⁹⁾ Motivo de preocupación para la sociedad en general, observando tasa altas de fecundación, y también es importante recalcar el bajo control prenatal, en el cual con métodos diagnósticos sencillos podemos diagnosticar etiologías importantes de hemorragias en el tercer trimestre como lo es la placenta previa, ya que esta se caracteriza por presentar hemorragia vaginal indolora, la cual puede ocurrir incluso en el segundo trimestre, lo cual conlleva a provocar complicaciones tanto maternas como fetales, entre las maternas están un desequilibrio hemodinámico si la hemorragia es tal

que comprometa la perfusión a órganos importantes que conlleve a un shock hipovolémico con la consiguiente transfusión de células empacadas y ser ingresadas a cuidados intensivos, o complicaciones fetales como un sufrimiento fetal que puede ocasionar la muerte en el feto.

Otra patología importante es el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta que conlleva un tasa alta de mortalidad fetal, principalmente traumatismos directos al feto o a la madre, ya que Guatemala es un país con una alta tasa de violencia, que llega a afectar incluso a mujeres embarazadas, entre las complicaciones también se observa un aumento de hospitalizaciones que conlleva cargas económicas altas, tanto hospitalización materna como fetal en cuidados especializados de intensivo en neonatos, por lo cual es un tema importante ya que a pesar de que existen varios factores que se observan en la etiología, en el hospital Cuilapa no se han caracterizado a este tipo de pacientes ni sus complicaciones.

2. HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

El sangrado durante el segundo y tercer trimestre complica del 2% al 6% de todos los embarazos. La cantidad de sangrado varía desde un ligero manchado vaginal hasta una hemorragia masiva. Es importante realizar un adecuado diagnóstico, ya que el sangrado en el tercer trimestre se asocia a morbilidad fetal y materna, además de poder producir en la madre un estrés emocional. ⁽¹⁰⁾

Se conoce con el nombre de placenta previa un proceso caracterizado, anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragias de intensidad variable. ⁽¹⁵⁾

Anatomía patológica:

El segmento inferior, asiento de la placenta, presenta un considerable desarrollo de los vasos sanguíneos; las vellosidades invaden en ocasiones el musculo, lo cual torna posible la evolución hacia la placenta acreta.

El aspecto morfológico de la placenta la muestra con rasgos un tanto distintos de los de la placenta normal: por lo general de mayor tamaño, más delgada y más irregular con variaciones de su forma habitual y con algunos cotiledones atróficos entre el resto de carácter normal. Las membranas son gruesas, frágiles y rugosas. Las mismas, después del parto, se hallan desgarradas sobre el reborde placentario en las placentas marginales, o presentan entre el desgarramiento de la abertura natural o artificial y la inserción en el reborde placentario un colgajo menor de 10 centímetros, en las placentas

normalmente insertadas, la extensión de este colgajo es siempre mayor. El cordón se inserta con frecuencia excéntricamente. ⁽⁸⁾

2.1 Clasificación:

2.1.1 Placenta previa:

a. PLACENTA PREVIA TOTAL:

Es cuando el orificio cervical interno está completamente cubierto por la placenta.

b. PLACENTA PREVIA PARCIAL:

Es cuando el orificio cervical interno solo está parcialmente cubierta por placenta.

c. PLACENTA PREVIA MARGINAL:

Es cuando el borde de la placenta no llega a cubrir el orificio cervical interno pero se inserta muy cerca al mismo.

d. PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA: es cuando el borde de la placenta no queda tan cerca del orificio cervical interno, pero se puede palpar introduciendo el dedo por el cérvix. ⁽¹⁾

2.1.2 Etiología:

Hay varias etiologías a considerar, se cree que el factor inicial que crea las condiciones necesarias para una implantación anormal de la placenta puede ser una lesión del endometrio o del miometrio. ⁽¹⁾

Podemos encontrar entre diversas etiologías las siguientes:

La edad materna cada vez mayor aumenta el riesgo de placenta previa.

La multiparidad se relaciona con placenta previa.

La cesárea previa aumenta la probabilidad de placenta previa ⁽¹⁸⁾

El legrado uterino se asocia con 30% de pacientes con probabilidad de presentar placenta previa.

Las presentaciones fetales anormales y las malformaciones congénitas se asocian estrechamente con la placenta previa.

El tabaquismo se asocia 2 veces con el riesgo relativo de presentar placenta previa y esto es ocasionado por hipoxemia por monóxido de carbono lo que causa hipertrofia placentaria compensadora. Tal vez relacionada, la vascularización decidual o atópicas, está comprendida en la aparición de placenta previa ⁽⁶⁾

Otros factores asociados son las gestaciones múltiples, la anemia, el periodo intergenesico corto, los tumores que alteran el contorno del útero y la endometritis. ⁽¹⁾

2.1.3 Presentación clínica:

El síntoma más frecuente de la placenta previa es la hemorragia vaginal indolora. Se ha reportado hasta un 70% de hemorragia vaginal acompañada de hiperactividad uterina.

⁽³⁾Cuando más precoz sea el primer episodio de hemorragia, peor será la evolución del embarazo. De hecho la incidencia de partos pre terminó, el número de episodios de hemorragia, la gravedad de la misma y el número de unidades de sangre que es preciso transfundir aumenta mucho si la paciente empieza a sangrar antes de las 28 semanas. El peor pronóstico lo tienen las pacientes con placenta previa que han sido sometidas anteriormente a cesárea.

La importancia de la hemorragia y la necesidad de transfusiones aumentan por lo general con cada episodio. El sufrimiento fetal no suele producirse hasta que la hemorragia es lo suficiente grave como para causar shock hipovolémico a la madre. Suelen producirse contracciones uterinas asociadas al episodio hemorrágico que pueden incrementar la tendencia a la hemorragia.

Las mayores complicaciones a largo plazo de la placenta previa son las relacionadas con el shock hemorrágico y la hipotensión prolongada. ⁽¹⁾

2.1.4 Diagnóstico:

La exploración ecográfica constituye un diagnóstico de certeza de la placenta previa. Cuando la placenta se ubica en la capa posterior, al producirse el fenómeno de sombra acústica, se hace necesario efectuar una maniobra de rechazo de polo fetal. ⁽¹¹⁾ El diagnóstico se confirma por examen visual directo en el momento de la intervención. El diagnóstico de placenta previa no se debe hacer mediante exploración digital vaginal. De hecho, no está indicada la exploración vaginal digital en pacientes con hemorragia vaginal indolora. La prohibición de exploración vaginal en estas pacientes, sobre todo en relación a la inexperiencia puede parecer una reminiscencia del pasado. Sin embargo incluso realizando una exploración con precaución y suavidad 1 de cada 16 exploraciones produce un aumento de la hemorragia y 1 de cada 25 es causa de shock hipovolémico.

Para el diagnóstico de placenta previa sin exploración digital se ha empleado métodos como la auscultación de soplos placentarios, radiografías de tejidos blandos, estudios con imágenes de resonancia nuclear magnética. ⁽⁵⁾

Es necesario conocer y comprender los cambios que se producen en la anatomía uterina durante el embarazo para interpretar correctamente la relación entre los hallazgos ecográficos y la localización de la placenta. En muchas pacientes parece ser que la placenta cubre el orificio cervical interno al principio del embarazo, pero al crecer el útero y desarrollarse el segmento uterino inferior, la placenta parece desplazarse en sentido cefálico, alejándose del orificio cervical interno. Este movimiento se conoce como migración. ⁽¹⁾

Es por ello que el hallazgo ecográfico de una placenta cercana al orificio cervical interno antes de las 24 semanas de gestación debe interpretarse con cautela, sobre todo si la paciente esta asintomática.

El ultrasonido Transvaginal en cualquier edad gestacional debe considerarse el Gold Santard para diagnosticar placenta previa, ya que la vía transabdominal presenta inconvenientes en la correcta localización placentaria ⁽¹⁶⁾

Cuando el borde de la placenta puede verse mediante ecografía endovaginal, pero está a más de 30 mm del orificio cervical interno, la placenta se clasifica como de inserción baja. Cuando cubre completamente el orificio cervical interno se clasifica como placenta previa total o parcial cuando no cubre totalmente el orificio pero se introduce hasta 30 mm dentro del mismo.

2.1.5 Evolución:

La placenta previa seguirá sangrando hasta que se interrumpa el embarazo mediante cesárea. La cantidad de sangre perdida se correlaciona con el grado de placenta previa que exista.

Todos los tipos de placenta previa, sea cual sea la edad gestacional a la que se presente el primer episodio de hemorragia y la cantidad de sangre perdida tienen una elevada incidencia de mortalidad perinatal. Sin embargo esa incidencia es mayor cuanto más precoz sea la primera hemorragia, mayor la cantidad de sangre perdida y mayor grado de placenta previa exista. La principal causa de mortalidad perinatal por placenta previa es el nacimiento pretermino. ⁽⁷⁾

2.1.6 Tratamiento:

Cuando el sangrado es leve y la gestación no está próxima a su término se aconseja el reposo en cama. Debe evitarse la relación sexual porque la excitación, el coito o el orgasmo pueden iniciar contracciones o producir traumatismos cervicales. Cuando la hemorragia se detiene puede iniciarse la deambulación.

La paciente puede ser dada de alta del hospital si la hemorragia no continua y tiene posibilidad de acceso rápido al hospital en caso de re sangrado. El parto está indicado cuando la hemorragia es importante o incontrolable. O cuando se ha alcanzado la madurez fetal.

Una vez tomada la decisión de llevar a cabo el parto, casi siempre está indicada la cesárea. Si la paciente presenta una previa marginal o placenta de implantación baja y la cabeza fetal la comprime de forma eficaz, es preferible intentar el parto vaginal. Debe disponerse de sangre para su transfusión cuando sea necesaria.

Lo más recomendable es esperar mientras no haya riesgo ni para la madre ni para el feto, mientras el feto llega a término. Si aparece riesgo o el feto está maduro lo mejor es inducir el parto.

Se prefiere la vía vaginal siempre que la placenta no obstruya el canal cervical.

En caso de feto pretermino, la actitud será expectante, se ingresara a la paciente, pautándose corticoesteroides para la madurez fetal y si tiene contracciones y el sangrado no es importante se usara tocolíticos.

No obstante si la hemorragia es abundante o hay signos de sufrimiento fetal. Se realizara la cesárea de urgencia y se deberá de transfundir células empacadas de ser necesaria y manejar a la paciente de forma adecuada y según gravedad de hemorragia ⁽¹⁸⁾

Para clasificar un episodio de hemorragia según su gravedad, se emplean los siguientes criterios clínicos:

- a. Hemorragia leve (la paciente pierde menos del 15% del volumen intravascular).
No hay cambios en las constantes vitales.
No hay hipotensión postural.
No hay signos periféricos de disminución del volumen circulatorio.
No se reduce la eliminación de orina.
- b. Hemorragia moderada (la paciente pierde entre el 15-30% del volumen total de sangre.)

Variaciones posturales en la velocidad del pulso (aumento entre 10 y 20 ppm cuando la paciente pasa del decúbito supino a la posición erguida y en la presión diastólica desciende 10 mm Hg.

- c. Hemorragia grave (la paciente pierde el 30 a 40% del volumen de sangre)
Shock con presión arterial baja.
Hemorragia vaginal persistente
Feto muerto o con signos de sufrimiento fetal.

2.1.7 Complicaciones:

El parto pretermino es una importante causa de muerte perinatal incluso con el tratamiento de placenta previa a la expectativa. De hecho la mortalidad neonatal es tres veces más alta en embarazos complicados por placenta previa, principalmente debido al incremento de la incidencia de parto pretermino. Además el riesgo se incrementa por el aumento en la frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino y cuidado prenatal limitado.

La placenta previa se asocia con el doble de malformaciones congénitas, incluyendo malformaciones del Sistema Nervioso Central, tracto gastrointestinal, sistema cardiovascular y sistema respiratorio. El crecimiento anómalo de la placenta puede dar lugar a una de estas posibles complicaciones:

- a. *Placenta previa acreta*: La placenta se adhiere a la pared uterina sin la interposición de la decidua basal. La incidencia en pacientes que no han tenido cirugía uterina previa es de aproximadamente 4%. El riesgo aumenta hasta el 16% al 25% , si existe un antecedente de cesarea o cirugía uterina.
- b. *Placenta previa increta*. La placenta invade el miometrio.
- c. *Placenta previa percreta*: la placenta penetra a través de la totalidad de la pared uterina, invadiendo potencialmente la vejiga y el intestino.

2. 2 ABRUPTIO PLACENTAE:

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Insertada (DPPNI), no es más que la separación de la placenta después de las 20 semanas de gestación y antes del parto, secundaria a una hemorragia en la decidua basal; constituye una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo en todo el mundo⁽¹²⁾

2.2.1 Fisiopatología:

La fisiopatología del proceso se inicia con una hemorragia en la decidua basal. En muchos casos la fuente del sangrado es un pequeño vaso arterial de la decidua basal, que se rompe debido a una alteración patológica de éste, pero en otros casos, la hemorragia se inicia a partir de un vaso fetoplacentario. El resultado es que la decidua se diseca progresivamente por el hematoma formado, quedando una fina capa de ésta en contacto con la cara materna de la placenta y el resto permanece unida al miometrio.

A medida que el hematoma aumenta y crece, la placenta se separa más y además se produce la compresión del espacio intervelloso vecino, disminuyendo de ésta manera los intercambios. En una primera fase, quizá no exista sintomatología y el proceso sólo se diagnostique al examinar la placenta después del parto, poniéndose de manifiesto en su cara materna, una depresión o geoda, que contiene un coágulo negrozco y parcialmente organizado. La zona placentaria subyacente se destruye. En ciertos casos, el proceso se autolimita y no existen mayores consecuencias.

Desde la introducción de los estudios ecográficos, se ha podido observar cómo en alguna ocasión, éste proceso aparece de manera localizada, en gestaciones de menos de 20 semanas, que posteriormente evolucionaron normalmente. Pero lo más frecuente es que el sangrado continúe y la sangre siga el camino que menor resistencia oponga. Es así que si el punto inicial está en el centro de la superficie de unión placentaria, ocasionalmente la separación, así como la extravasación sanguínea hacia el miometrio e incluso por él pueden hacerla llegar hasta el peritoneo, dando la imagen del útero con su fusión hemorrágica denominado de Couvelaire.

Separando decidua y membranas, la sangre puede llegar a exteriorizarse por la vagina o incluso atravesar las membranas y llegar al saco amniótico, dando una coloración característica al líquido amniótico, pero la cantidad de sangre que puede llegar a exteriorizarse puede ser una pequeña proporción de la que realmente se ha extravasado, lo que condiciona que no sea un buen indicador de la gravedad del proceso. En el 65% de las ocasiones, se puede apreciar pérdida hemática por genitales.

En el estudio microscópico, destaca la presencia de vellosidades edematosas, con roturas vasculares. En la decidua se objetivan zona de necrosis y fenómenos trombóticos, secundarias a lesiones degenerativas de la íntima de las arterias.⁽⁹⁾

Un aspecto muy interesante es la alta tasa de sufrimiento fetal, aún a pesar de pequeños desprendimientos. La lesión de los vasos placentarios y deciduales, pueden poner en marcha la síntesis de sustancias, que aumenten la contracción uterina, en especial

prostaglandinas, lo que condicionaría un incremento de la actividad uterina con el aumento del número, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como del tono uterino, que cuando sobrepasa los 15 mm Hg, provocaría una disminución del intercambio gaseoso y por ello sufrimiento fetal. ⁽¹⁶⁾

2.2.2 Etiología:

Aunque la mayoría de los casos son de naturaleza idiopática. El abrupcio placenta se asocia con hipertensión materna, edad materna avanzada, multiparidad, consumo de cocaína, tabaquismo, corioamnionitis y traumatismo. Mas raramente una dinámica uterina intensa en un útero sobredistendido puede conducir al abrupcio, como puede ocurrir tras la rotura de membranas en caso de polihidramnios, o en el nacimiento de uno de los fetos en un embarazo múltiple. ⁽¹⁰⁾

2.2.3 Evolución:

Existen tres posibilidades:

Uterina en el desprendimiento prematuro:

- a) Tipo I: el tono es generalmente elevado, pero siempre se encuentra por debajo de los 30 (término medio, 18 mm Hg) y, en algunos casos, aun puede ser normal (no se observa hipertonía); la frecuencia de Si el desprendimiento es poco extenso y asintomático, el embarazo puede continuar su curso y llegar a término.
- b) Si abarca una zona mayor, con frecuencia el parto se inicia y se realiza con el feto muerto: en estas condiciones posee la peculiaridad de ser acentuadamente rápido y puede adquirir los caracteres del parto en avalancha (expulsión sin intervalo de continuidad del feto, los coágulos y la placenta). la causa de esta rápida evolución se explica porque el útero en asociación con la hipertonía, puede presentar contracciones rítmicas de intensidad imperceptible a la palpación abdominal que desarrollan, en tales circunstancias, un efecto dinámico e impulsor intenso.
- c) En algunos casos, un inadecuado tratamiento ante ciertas evoluciones desfavorables puede derivar en un grave cuadro de hemorragia y shock, que puede llegar a la muerte materna.

El desprendimiento es uno de los cuadros que puede dar lugar a hipofibrinogemia, por lo cual se impone el control sistemático y seriado del fibrinógeno hemático materno y la pronta instalación del tratamiento específico si se produce esta tan temida complicación. ⁽¹⁵⁾

Se ha definido dos tipos de contractilidad las contracciones es alta (4 a 9 en 10 minutos), la intensidad de la incoordinación es normal y puede haber cierta incoordinación uterina; la respuesta a la oxitocina es buena: b) el tipo II: el tono se encuentra francamente elevado por encima de los 30 mmHg. La intensidad, la frecuencia y la incoordinación son similares a los casos de tipo I; la respuesta a la oxitocina es pobre.

2.2.4 Complicaciones de la forma grave:

a. Accidente de Couvelaire: apoplejía uteroplacentaria

La sangre derramada invade la pared uterina con zonas de extensas hemorragias miometriales que disocian los haces musculares y puede difundirse hacia el tejido subperitoneal, trompas, ovarios y a veces ligamentos anchos. A causa de esta infiltración sanguínea el miometrio pierde su propiedad contráctil.

B. Coagulación Intravascular Diseminada:

Se da en el 30 % en los DPPN masivos con muerte fetal. Se produce por el paso de tromboplastina a la circulación materna y activación de la coagulación. La baja concentración de fibrinógeno plasmático depende del atrapamiento de fibrina en el hematoma retroplacentario, esto provoca que la hemorragia sea incoercible y la sangre no coagule.

C. Insuficiencia Renal Aguda:

El colapso circulatorio periférico y la sobre distención uterina provocan isquemia en las zonas corticales de los riñones.

D. Shock Hipovolémico:

Se produce por la hemorragia brusca y masiva, con o sin exteriorización de la sangre por los genitales.

E. Necrosis de la Hipófisis: (Síndrome de Sheehan)

La hipófisis anterior puede sufrir una necrosis total o parcial debido a trombos o espasmos de los vasos del sistema porta. Se manifiesta en el puerperio por agalactia como síntoma inicial, ya que son las células secretoras de prolactina las que primero se ven afectadas por la isquemia, posteriormente se evidencian los síntomas de esfera

gonadal, tiroidea y suprarrenal. Aunque es poco frecuente, es una complicación importante en el D.P.P.N. I

2.2.5 Diagnostico:

El diagnostico de DPPNI es clínico y la condición se debe sospechar en toda gestante con embarazo mayor de 20 semanas que presenta sangrado por genitales o dolor abdominal o ambos, una historia de trauma o aquellas que presentan trabajo de parto pre término no explicado.

Síntomas de síndrome agudo: dolor abdominal y/o dolor pélvico (70%), hemorragia vaginal (que puede ser escasa color rojo y/o acre) (70%), parto prematuro idiopático (25%).

Signos útero hipertónico y sensible (35%) (Aunque a veces puede no haber hipertonía), hemorragia la cual puede ser abundante (80%) o estar atrapada y no ser visible pero puede aumentar y distender la cavidad uterina, sufrimiento fetal agudo (60%) o signos de muerte fetal (15%).⁽¹³⁾

2.2.6 Ultrasonografía:

La ecografía puede identificar tres localizaciones predominantes en el abrupcio, que son: Subcorial (entre la placenta y las membranas), retroplacentaria (entre la placenta y el Miometrio) y preplacentaria (entre la placenta y el líquido amniótico). Los hematomas que se identifican mediante ecografía en las fases precoces de sangrado vaginal y dolor son, con mayor probabilidad, hiperecoicos o isoecoicos con la placenta. Según se resuelve el hematoma, se torna hipoecoico en el plazo de una semana y sonoluscente en el plazo de dos. Debido al carácter cambiante del hematoma, se ha publicado su confusión con un mioma uterino, lóbulo placentario succenturiato, coriangioma o embarazo molar.

2.2.7 Tratamiento: en la paciente con un feto a término en la que se realiza el diagnóstico de abrupcio de grado I, es esencial la observación estrecha de los signos de compromiso materno o fetal. Si se conoce que el feto está maduro, se puede intentar la inducción del parto mientras la madre y feto estén estables

En el caso de un abrupcio de grado III, la pérdida media es de 2.500 ml o más. En las pacientes con abrupcio grado II o III, se deben infundir 1.000 de cristaloides a la espera de que la sangre esté disponible. Para mantener la euvolemia se han de administrar dos o tres ml de por cada 1 ml de sangre perdida.

La interrupción de la gestación se realizará por la vía más rápida sin tener en cuenta la edad gestacional, el útero debe ser evacuado lo más rápido posible, la decisión de realizar parto vaginal dependerá de que las condiciones obstétricas sean ideales para una terminación rápida y sobre todo cuando existan signos de coagulopatía, se realizará tacto vaginal para estimar las horas que faltan para la terminación del parto, de acuerdo a las condiciones halladas (borramiento, dilatación, altura de la presentación). Además con el tacto, si hay trabajo de parto, se descarta la presencia de placenta previa. Se romperá las bolsas de las aguas tan pronto como sea posible aun sin tener en cuenta el método de parto a emplearse, con ésta maniobra disminuye la presión intraamniótica, se reduce la extravasación sanguínea y se abrevia significativamente la duración del parto. Si éste no hubiera comenzado, se coloca infusión intravenosa continua de oxitocina. Existe una controversia acerca del modo apropiado de parto en las pacientes con abrupcio placentario por el pronóstico fetal. Una serie de pacientes acuden con el feto vivo, por lo que no esperan que el feto muera mientras se espera el parto vaginal. Las revisiones retrospectivas han mostrado una tendencia al incremento de la supervivencia fetal en pacientes sometidas a cesárea una vez que el estado materno ha sido estabilizado. En la actualidad, el uso de la monitorización fetal electrónica continua se asocia con una excelente supervivencia fetal, y la cesárea se ha observado para los casos en los que existe distrés fetal u otras indicaciones obstétricas tradicionales. La tasa de cesáreas asociadas al abrupcio oscila entre el 50 – 75%. Limitada a los casos de desprendimiento masivo, en general asociado con muerte fetal⁽⁷⁾

2.3 VASA PREVIA:

Puede aparecer vasa previa cuando el cordón umbilical se inserta en las membranas en lugar de en el centro de la placenta. Cuando uno de los vasos se localiza cerca del orificio interno, existe riesgo de rotura y de hemorragia fetal. También puede aparecer vasa previa cuando vasos que se dirigen a un lóbulo placentario accesorio cruzan la parte superior del orificio cervical interno.

2.4 Manifestaciones Clínicas:

Aunque sea una causa rara de hemorragia del tercer trimestre, se debe intentar realizar un diagnóstico adecuado debido a las catastróficas consecuencias para el feto. Debido a la pequeña volemia fetal, incluso pequeñas pérdidas de sangre provocan inestabilidad hemodinámica. La paciente se presenta habitualmente con una hemorragia vaginal de comienzo agudo. La hemorragia se acompaña de alteraciones en el patrón de frecuencia

cardiaca fetal. Normalmente aparece una taquicardia fetal, que progresa posteriormente hacia una bradicardia con aceleraciones intermitentes. La variabilidad a corto plazo se suele mantener. La rotura de las membranas puede producir una exanguinación fetal mortal.

2.5 Diagnóstico:

La herramienta más útil en el diagnóstico prenatal es la ecografía transvaginal en combinación con el Doppler color.

2.6 Tratamiento:

La hemorragia del tercer trimestre provocada por una rotura de vasa previa se acompaña habitualmente de distres fetal, por lo que suele estar indicada una cesárea urgente, si se diagnostica la presencia de vasa previa prenatalmente, se debe programar una cesárea electiva bajo control a las 37 semanas a 38 semanas para evitar la mortalidad fetal.

III Objetivos

3.1 Objetivo General

Identificar los factores que desencadenan hemorragias en pacientes que ingresan al servicio de Obstetricia con Hemorragia del tercer trimestre y las complicaciones más frecuentes.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Determinar los factores de riesgo asociados a predisponer Hemorragias del tercer Trimestre en pacientes ingresadas en el Hospital Regional Cuilapa.

3.2.2 Identificar las complicaciones más frecuentes asociadas a Hemorragia del tercer Trimestre.

3.2.3 Determinar la relación entre la Paridad y la presentación de Pacientes con Hemorragia del tercer trimestre.

3.2.4 Relacionar factores epidemiológicos con la presentación clínica de Hemorragias del tercer trimestre

IV. Material y Método

4.1 Tipo de Estudio

Estudio clínico descriptivo prospectivo, ya que busco determinar los factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre

4.2 Población

Pacientes Hospitalizadas en el departamento de Obstetricia que ingresaron por Hemorragias del tercer trimestre gestantes.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Pacientes embarazadas ingresadas en el departamento de Obstetricia con Hemorragia del tercer trimestre, muestra no probabilística tomando la población durante el periodo de enero 2011 y diciembre del 2013.

4.4 Unidad de Análisis

Registros médicos de pacientes internadas con Hemorragias del tercer trimestre en el Hospital regional de Cuilapa santa Rosa.

4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Pacientes Embarazadas que consultaron por Hemorragia Vaginal en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa a partir de las 28 semanas de gestación por ultrasonido, ultima regla o altura uterina y los criterios de exclusión fueron pacientes que consultaron por hemorragia vaginal sin estar embarazadas o gestantes en el primer trimestre y segundo trimestre.

4.6 Variables estudiadas

Son las siguientes: edad, Ultrasonido, Lugar de procedencia, escolaridad, complicaciones maternas, estado civil

4.7 Operacionalizacion de Variables

Variable	conceptual	Operacional	Escala de Variable	Parámetro
Edad	Periodo de vida	Lo referido en	Ordinal	Años

	vivo	registros médicos tomado en años		
Factores de Riesgo	Desencadenantes de Hemorragias	Cesárea Previa Traumatismos Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Legrados Previos Ameu Previos	Nominal	Riesgos
Control Prenatal	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	Adecuado (SI) mayor de 3 citas. Inadecuado (NO) menor de 3 citas	Nominal	SI NO
Ultrasonido	Es una onda acústica o sonora cuya frecuencia está por encima del umbral de audición del oído	Diagnóstico del USG que aparece en el Registro Medico	Nominal	SI NO

	humano (aproximadamente 20.000 Hz).			
Lugar de Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.	Lugar Referido por paciente a su ingreso	Nominal	Pregunta abierta Departamento o Municipio.
Estado Civil	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Referido por paciente a su ingreso	Nominal	Soltero Casado Divorciado Union de hecho.
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.	Referido por paciente a su ingreso	Nominal	Primaria Básicos Diversificado Universitario
Complicaciones	Situación que	Diagnostico	Nominal	Atonía Uterina

	agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Encontrado en el registro medico		Inversión Uterina Shock Hipovolémico Acretismo Placentario
--	--	----------------------------------	--	---

4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información

Para recolectar los datos de la investigación se utilizó una fuente indirecta dada por los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron Hemorragia en el Segundo y Tercer trimestre los cuales se consultó en registros médicos y en los Libros de Cesáreas los cuales se encuentran en el Área de Labor y partos del área de Ginecología y Obstetricia del hospital Regional Cuilapa Santa rosa.

4.9 Procesamiento para la recolección de información:

Para el procesamiento de esta información se realizó primero la recolección de datos obtenidos por la boleta de Recolección y se procedió a ordenar los datos y a la tabulación

Tabulado los datos se procedió a la sumatoria de cada una de las frecuencias obtenidas y se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión para el análisis de la información se construyeron cuadros de análisis.

Después se procedió a almacenar la información obtenida en Cuadros en Microsoft Excel para la realización de gráficas y cuadros.

4.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

En el presente estudio la metodología utilizada se basó en la evaluación de la información obtenida a partir de la boleta de recolección de datos. Los datos se analizaron de manera anónima y solo el investigador tuvo acceso a la información para así garantizar la validez y confiabilidad del estudio.

4.11 Procedimiento de análisis de información

Se utilizaron gráficos de pie para la presentación de resultados.

V. Resultados

El presente estudio fue realizado en las mujeres diagnosticadas con placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que consultaron a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en los meses de Enero 2011 a Diciembre 2013. Observamos que a pesar de ser una patología que se puede diagnosticar con un Ultrasonido Obstétrico el 65% de la población estudiada no llevo control prenatal y un 43% no se realizó Ultrasonido Obstétrico conllevando a complicaciones maternas en la cual observamos que se presentó Atonía Uterina, hubo un caso de inversión uterina y se transfundió a estas pacientes por la inestabilidad hemodinámica que presentan, además observamos que esta patología se presente en un 17% en pacientes Jóvenes y en un 52% en pacientes de 21 a 29 años, asociado muchas veces a pacientes con antecedentes de Cesárea Previa la cual observamos que se asocia a un 34% lo que coincide con la literatura. Sin embargo también se presentó en pacientes primigestas con un 17% asociada a Pacientes con Hipertensión Arterial.

Los legrados previos y la Hipertensión Arterial se presentaron con un 13% siendo la segunda causa que predisponen a desarrollar mala implantación placentaria, observando que el trauma obstétrico ocasiono un 8.69%, seguido del periodo intergenesico corto y la anemia, ya que la hipoperfusión uterina conlleva a que la placenta busque un lugar inadecuada para su placentación.

En cuanto a escolaridad un 78% de pacientes solo curso con Primaria lo que debido a la falta de conocimiento conlleva a la paciente a no llevar control prenatal y no realizarse ultrasonido obstétrico, asimismo cabe mencionar que de acuerdo al estado civil un 52% presenta unión de hecho y un 17% es madre soltera por lo que es difícil tener acceso a fuente económica estable y asimismo podemos observar mayor complicaciones por ser una Mujer sin apoyo emocional y monetario.

Entre las complicaciones maternas se presentó como primera causa la atonía uterina con un 17.33 % seguida de shock hipovolémico con un 13.04%,

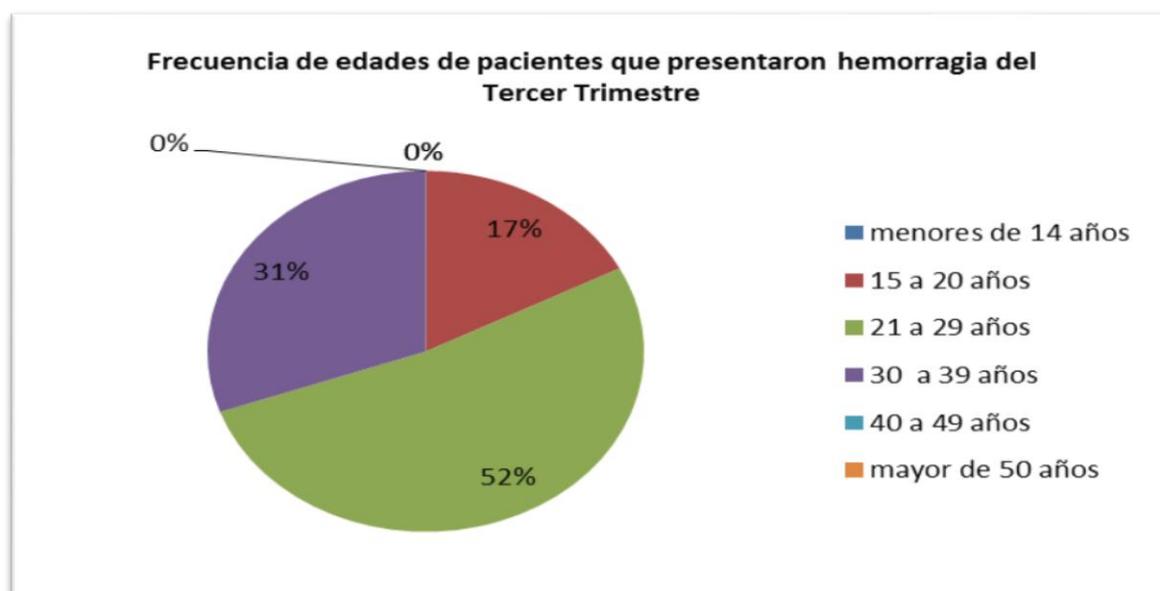
TABLA 1 Edad materna más frecuente

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENORES DE 14 AÑOS	0	0%
15 a 20 AÑOS	4	17.39%
21 a 29 AÑOS	12	52.17%
30 a 39 AÑOS	7	30.43%
40 a 49 AÑOS	0	0%
MAYOR DE 50 AÑOS	0	0%
TOTAL	23	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos “Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes”

GRAFICA 1 Edad Materna más frecuente.



TRABLA 2 Estado Civil de las pacientes con Hemorragias del tercer trimestre

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	4	17.39%
UNIDA	12	52.17%
CASADA	6	26.08%
DIVORCIADA	1	4.36%
TOTAL	23	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos “Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes”

GRAFICA 2 Estado Civil



TABLA 3 Paridad de las pacientes con Hemorragias del tercer trimestre.

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	4	17.39%
SECUNDIGESTA	6	26.08%
TRIGESTA	8	34.78%
MULTIPARA	5	21.73%
GRAN MULTIPARA	0	0%
TOTAL	23	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos "Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes"

TABLA 4 Escolaridad de las pacientes ingresadas con Hemorragias del tercer trimestre.

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJES
ANALFABETA	4	17.33%
PRIMARIA	18	78.26%
BÁSICOS	1	4.36%
DIVERSIFICADO	0	0%
UNIVERSITARIO	0	0%

Fuente: Boleta de recolección de datos “Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes”

Grafica 3 Grado de escolaridad de las pacientes ingresadas con Hemorragias del tercer trimestre

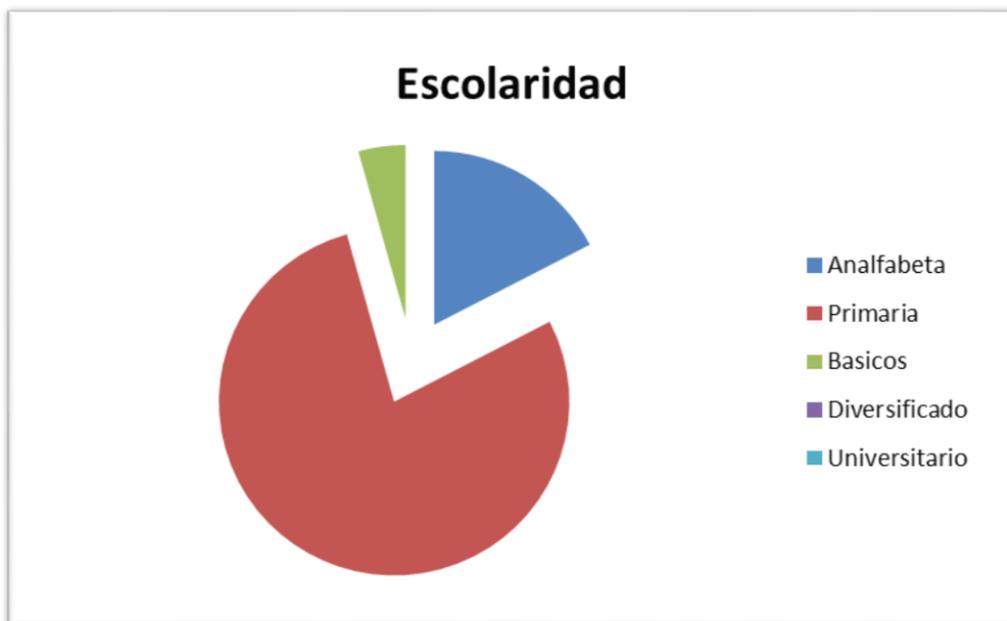


TABLA 5 Pacientes que llevaron control que presentaron hemorragias del tercer trimestre.

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

NO TUVO CONTROL PRENATAL	1 A 3 VISITAS	4 A 7 VISITAS	MÁS DE 8 VISITAS	TOTAL
15	5	2	1	23
65%	21.7%	8.7%	4.34%	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos “Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes”

GRAFICA 4 Numero de visitas de pacientes de Control Prenatal

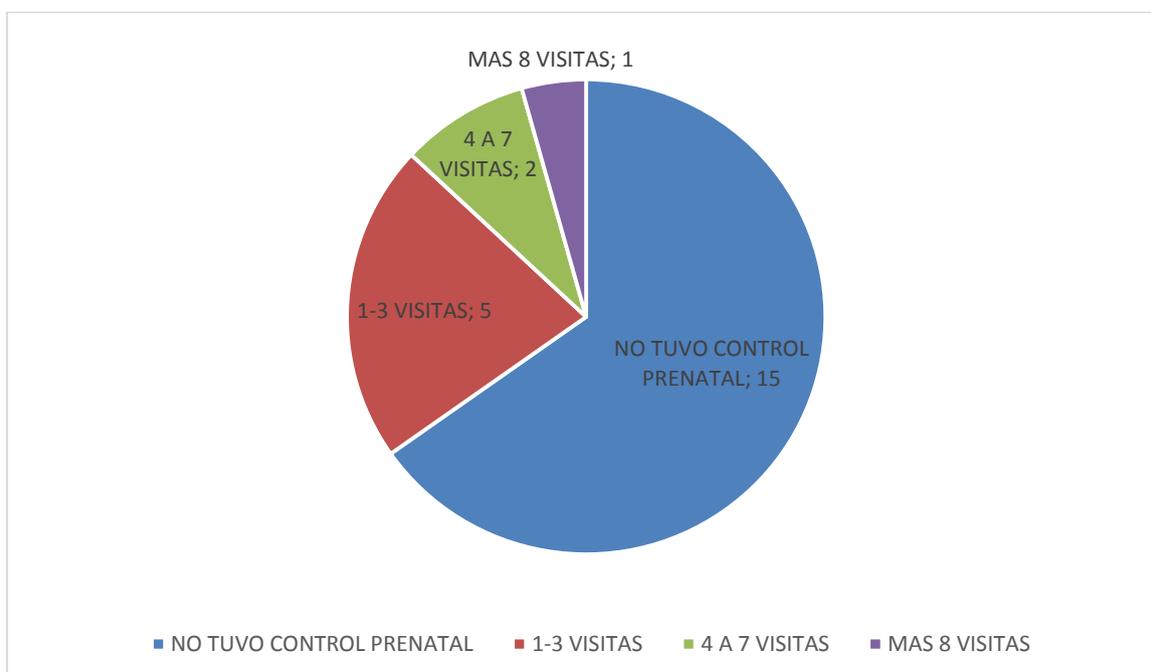


TABLA 6 Lugar de Control prenatal

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

LUGAR DE CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTRO DE SALUD	4	17.38%
CONSULTA EXTERNA HRC	3	12%
COMADRONA	1	1.5%
NO LLEVO	15	65%
TOTAL	23	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos “Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes”

.Grafica 5 Lugar de Control Prenatal

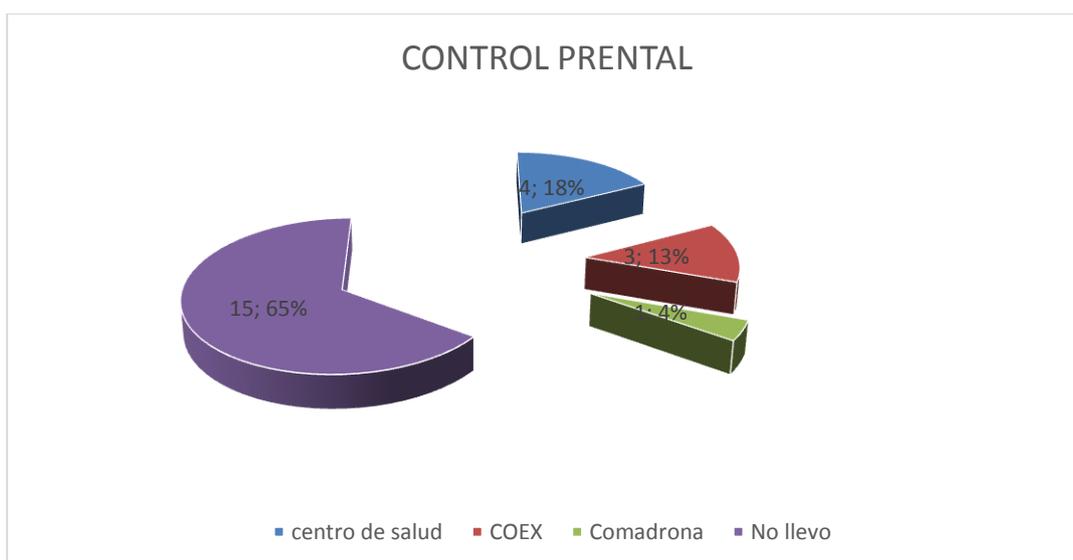


TABLA 7 Pacientes que se realizaron ultrasonido obstétrico

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

USG OBSTETRICO	SI	NO
1er Trimestre	2	0
2do Trimestre	4	0
3er Trimestre	4	0
TOTAL	10	13

Fuente: Boleta de recolección de datos “Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes”

GRAFICA 6 Realización de ultrasonido obstétrico



TABLA 8 Factores de riesgo

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CON CONTROL PRENATAL	SIN CONTROL PRENATAL
CESÁREA PREVIA	8	34.78%	2	6
LEGRADOS PREVIOS	3	13.04%	1	2
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3	13.04%	1	2
TRAUMATISMOS	2	8.69%	0	2
AMEU PREVIOS	2	8.69%	1	1
PERIODO INTERGENESICO CORTO	2	8.69%	1	1
ANEMIA	2	8.69%	1	1
TABACO	0	0%	0	0
NINGUNO	1	4.35%	1	0
TOTAL	23	100%	08	15

Fuente: Boleta de recolección de datos "Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes"

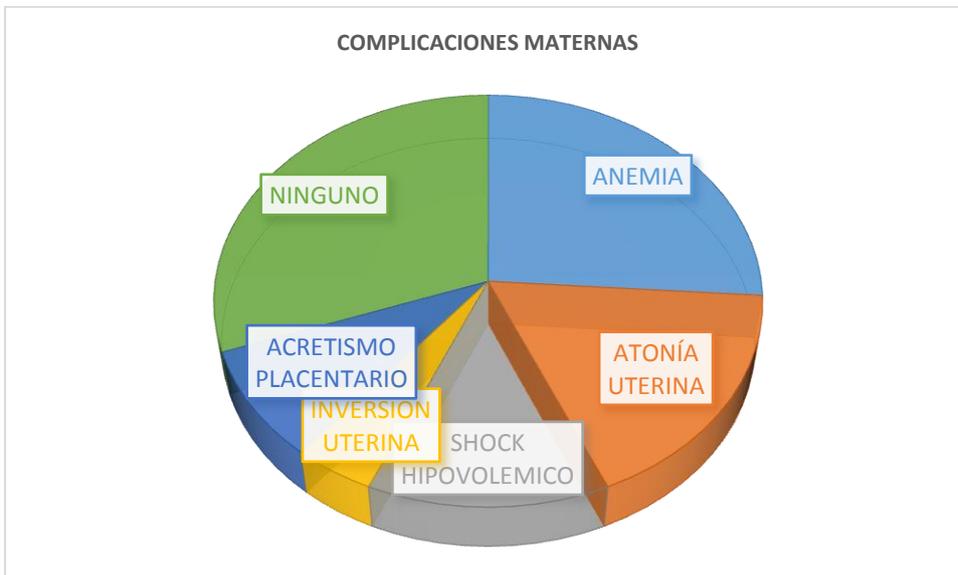
TABLA 9 Complicaciones maternas más frecuentes.

FACTORES PREDISPONENTES DE HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA EN LOS MESES DE ENERO 2011 A DICIEMBRE DEL 2013.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA	6	26.08%
ATONÍA UTERINA	4	17.33%
SHOCK HIPOVOLEMICO	3	13.04%
INVERSION UTERINA	1	13.04%
ACRETISMO PLACENTARIO	2	4.36%
NINGUNO	7	30.43%
TOTAL	23	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos “Factores predisponentes que desencadenan hemorragias del tercer trimestre en pacientes gestantes”

Grafica 7 Complicaciones maternas más frecuentes en pacientes con Hemorragias del Tercer trimestre



VI. Discusión y Análisis

La Hemorragia del tercer trimestre es una entidad patológica que causa morbilidad y mortalidad siendo la hemorragia obstétrica una de las principales causas de muertes maternas, observamos que la edad en la cual se presenta es entre los rangos de 21 a 29 años con un 52% siendo esta patología según la literatura más frecuente en pacientes mayores, cabe mencionar que es una patología de multíparas, sin embargo el 17 % se presentó en pacientes primigestas, lo cual está asociado también a pacientes Hipertensas, ya que la Hipertensión Arterial es frecuente encontrarla en inicios o finales de la Vida fértil por lo que nos lleva a pensar que puede ser una causa de que se presente en pacientes primigestas.

Los factores de riesgo predisponentes para desencadenar hemorragia en este tipo de pacientes podemos afirmar que un 34% fue debido a que la paciente presentaba antecedente de una cesárea previa debido a que puede existir una reducción en el oxígeno uteroplacentario lo que provoca alteraciones en el endometrio o miometrio y perturba la placentación normal provocando una mala anidación.

Asimismo podemos mencionar que los traumatismos desencadenan hemorragias ya que pueden provocar Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta ya sea por una caída o un accidente de tránsito o violencia intrafamiliar, provocando un hematoma retroplacentario que tiende a progresar y a ocasionar complicaciones tanto maternas como fetales, correspondido a 8% en este estudio.

Otro factor predisponente es la Hipertensión Arterial con un 13% en nuestro estudio como desencadenante de Hemorragias ya que influye tanto en el desprendimiento placentario como infartos o hematomas retroplacentarios, provocando fibrina intervillositaria y proliferación del trofoblasto lo que puede provocar muerte fetal o retardo del crecimiento intrauterino.

En cuanto a los legrados o Ameu Previos son factores predisponentes ya que en este estudio evidencian un 13 a 8% respectivamente, de acuerdo a la literatura la falta de irrigación adecuada puede provocar hipoxia y ocasionar que la placenta se adhiera a un lugar inadecuado para evitar la insuficiencia uteroplacentario, lo que provoca que se implanten a nivel del orificio cervical.

El periodo intergenesico corto predispone como factor de riesgo a desencadenar hemorragia del tercer trimestre debido a la insuficiencia uteroplacentaria, así como la anemia ya que habrá mala implantación de la placenta por disminución de riego sanguíneo adecuado, como se observó en un 8% en el estudio.

Cabe mencionar que solo 10 pacientes se realizaron ultrasonido según refirieron y 4 de ellas fue en el segundo Trimestre en donde se puede hacer diagnóstico de Placenta Previa, sin embargo por el temor de que el ultrasonido puede causar malformaciones en el feto muchas Pacientes no se lo realizan o por carecer de fuente económica.

Entre las complicaciones 4 de las 23 pacientes en estudio presento Atonía Uterina una causa frecuente de Mortalidad Materna en Nuestro País por lo que la importancia de llevar un adecuado control prenatal para evitar Muertes Maternas Prevenibles, así también observando la utilización de Transfusión de Células Empacadas por shock Hipovolémico, ya que estas patologías provocan inestabilidad hemodinámica y se menciona que el 23% de las pacientes presento anemia entre las complicaciones maternas, lo que sugiere que la anemia es tanto un factor de riesgo prevenible que puede desencadenar complicaciones maternas.

Es importante mencionar que una paciente presento inversión uterina, lo cual se asocia a la placenta que se adhiere a la pared uterina y que invade el miometrio, siendo esta patología una urgencia obstétrica que puede provocar complicaciones graves en las pacientes.

Se observa que el 13% de las pacientes fue transfundida por células empacadas por shock hipovolémico, siendo una complicación de la placenta previa sangrante lo que ocasiona morbilidad materna extrema que puede ser prevenible, si se identifica y se da el tratamiento adecuado de las pacientes obstétricas para la disminución de la mortalidad materna.

6.1 Conclusiones

6.1.1 La cesárea previa continúa siendo uno de los principales factores predisponentes de Hemorragias del tercer trimestre.

6.1.2 La Hipertensión Arterial ocasiona y favorece la presentación de Placenta Previa como de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.

6.1.3 La realización de Legrados Intrauterinos y Ameu predisponen a la aparición de Hemorragias en el tercer trimestre.

6.1.4 La complicación más frecuente encontrada fue Atonía Uterina, seguida por el Shock Hipovolémico.

6.1.5 El periodo intergenesico corto y la anemia provocaron la aparición de Hemorragia del tercer trimestre en un 8.69%.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Fortalecer los niveles de atención para captar a las pacientes y referirlas oportunamente al tercer nivel de atención cuando presenta Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus u otra patología ya que es un factor predisponente de desarrollar Hemorragias, para proveer a la paciente unidad de cuidados intensivos y neonatales para manejo de pacientes si llegara a necesitarlo.

6.2.2 Implementar el CLAP en la Consulta externa del Hospital de Cuilapa Santa Rosa para llevar un registro de las Paciente de alto riesgo para planificar de forma óptima la resolución del embarazo.

6.2.3 Concientizar a las pacientes el uso de cinturón de Seguridad y evitar viajar en el sillón delantero ya que un accidente puede provocar traumatismo abdominal lo que puede provocar el desprendimiento prematuro de placenta.

6.2.4 Realización de ultrasonido Obstétrico en pacientes con Legrados, Ameu Previos, para detectar Placentas previas, y en otras patologías que necesitan observación

6.2.5 Referir oportunamente a las pacientes con cesárea previa y realizar ultrasonido para prevenir complicaciones.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Arias, Fernando."Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo" Mosby/Doyma Libros. Segunda edición. Barcelona, Madrid. 2003.
2. Berek, Jonathans, MD, MMSc. Ginecología de Novak. Trad. F García Roig. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 13 ed. México. 2005. p.571-599.
3. Calvo C, Rafael. "Frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada asociado a preeclampsia". Rev. Méd. Dom 2006. Vol.68 No.2
4. Fleischer, Ecografía en obstetricia y Ginecologia , 6ta edición. Madrid España. Editorial Marban.
5. Gabbe, Steven. Jennifer Niebyl: "Normalidad y Complicaciones en el embarazo". Obstetricia, Ed. Marbán, 3era ed. Madrid. España, 2.000, Pág: 227 – 231.
6. Gleicher, Norbert, Louis Bultino, "Tratamiento de las complicaciones clínicas del Embarazo", Editorial médica Panamericana, 3era ed. Buenos Aires, Argentina, 2000.
7. Gómez R, Oyarzún E, Vargas JE: Ecografía Transvaginal en el Diagnóstico de Placenta Previa. Rev Chil Obstet Ginecol 1992; 57(1): 44-46.
8. Guy I. benrubi 2003 segunda edición. Urgencias Obstetricias y Ginecológicas. Madrid España, Editorial Marban
9. INE (instituto Nacional de Estadística, GT) 2010. INE: base de datos censo poblacional 2010 (en línea). Guatemala. Disponible en <http://www.ine.org.gt>
10. Jonhs Hopkins. 2005 Ginecología y Obstetricia. 2 ed. Madrid España, Editorial Marban.

11. Jones III. HW; Wentz, AC; Burnett, LS 2004. Ginecología de Novak. Trad F. Garcia Roing. 13 ed. México, Editorial Mc Graw Hill.
12. Martell A. Astorga A. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Obstetricia moderna. Tercera edición, Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1999:251-61.
13. Perez Sánchez, A Danoso Siña, E Obstetricia. 3ed. 1999, Santiago Chile, Editorial Mediterraneo.
14. Rodrigo Cifuentes. 2006 obstetricia de alto riesgo. 6ta edición. Editorial distribuna editorial médica. Colombia Rodrigo Cifuentes. 2006 obstetricia de alto riesgo. 6ta edición. Editorial distribuna editorial médica. Colombia
15. Schwarcz, Lt: Slala RD. Diverges, F 2005. Obstetricia 6 ed. Buenos Aires, AR, editorial Ateneo.
16. vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas, 2da edición, 2013, ministerio público y asistencia Social
17. Wolters Kluwer. American College of Obstetric and Gynecology obstetricia y ginecología. 6ta, edición. España. Editorial William y Wilkins
18. Williams. "Hemorragia del tercer trimestre". Obstetricia. McGraw Hill-Interamericana.México. 2004
19. Luisa Cerón, 2004. Desprendimiento Prematuro de Placenta, consecuencia materno- fetal. En el Hospital Regional Cuilapa santa Rosa. Tesis Maestría en Ginecología Y Obstetricia. USAC.

VIII. ANEXOS

Anexo 1

Instrumento de recolección de datos Factores predisponentes de hemorragia del tercer trimestre en pacientes ingresadas en el hospital regional de Cuilapa santa rosa en los meses de enero 2011 a diciembre del 2013.

NOMBRE:

HISTORIA CLINICA:

1. EDAD MATERNA

Edad	Frecuencia
MENORES DE 14 AÑOS	
15 A 20 AÑOS	
21 A 29 AÑOS	
30 A 39 AÑOS	
40 A 49 AÑOS	
MAYOR DE 50 AÑOS	

2. ESTADO CIVIL

CASADA	Frecuencia
UNIDA	
SOLTERA	
DIVORCIADA	

PRIMEGESTA	Frecuencia
SECUNDIGESTA	
TRIGESTA	
MULTIPARA	
GRAN MULTIPARA	

3. PARIDAD

NINGUNA	FRECUENCIA
ANALFABETA	
PRIMARIA	
BASICOS	
DIVERSIFICADO	
UNIVERSITARIO	

1. ESCOLARIDAD

2. CONTROL PRENATAL

NO TUVO CONTROL PRENATAL	1-3 VISITAS	4-7 VISITAS	MAS DE 8 VISITAS	TOTAL

6. LUGAR DE CONTROL PRENATAL

CENTRO DE SALUD	NO, VISITAS PRENATALES
COMADRONA	
CONSULTA EXTERNA	
MEDICO PARTICULAR	
NO	
OTROS	

7. SE REALIZO ALGUN ULTRASONIDO Y EN QUE TRIMESTRE.

SI

PRIMER TRIMESTRE
SEGUNDO TRIMESTRE
TERCER TRIMESTRE

NO

8. FACTORES DE RIESGO

CESAREA PREVIA	FRECUENCIA
TRAUMATISMOS	
HIPERTENSION ARTERIAL	
PERIODO INTERGENESICO CORTO	
ANTECEDENTES DE LEGRADOS	
ANTECEDENTES DE AMEU	
FUMA TABACO	

9. COMPLICACIONES PRESENTADAS EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “FACTORES PREDISPONETES QUE DESENCADENAN HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE EN PACIENTES GESTANTES” para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.