

# Factores asociados a hemorragia del tercer trimestre en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2003



**Autores:**

**Raúl Max Steve Guerra Tueros**

Médico Cirujano, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

**Elsa Milagros Quispe Pardo**

Médico Cirujano, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

## Resumen

Entre el 2 y 5% de las embarazadas sufre una hemorragia genital en algún momento de su embarazo. Las principales causas se pueden clasificar en ginecológicas y obstétricas.

El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a la presentación de Hemorragia del Tercer Trimestre e identificar el tipo más frecuente de Hemorragia del Tercer Trimestre.

**Materiales y métodos:** Diseño: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo transversal. Nuestra población de estudio total fue de 150 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión tras confirmar el diagnóstico por ecografía. Análisis estadístico: Chi cuadrado y test de Fisher modificado para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La incidencia anual es de 4%. Predominó entre los 20 a 35 años (117 pacientes) con edad media de 29,39 ( $p=0,003$ ). Mayor frecuencia en pacientes múltiparas. El tipo más frecuente es placenta previa (72%). Entre los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con PP se encuentran las cesáreas anteriores y legrado uterino previo y para DPP es HIE y embarazo múltiple ( $p < 0,05$ ). La PP más frecuente es la inserción baja en el 55,6%; seguida de PP oclusiva total en

27,8%. El DPP más frecuente es el moderado o grado II (57%). Predominó el dolor abdominal y sangrado genital externo. Terminaron en parto 120 pacientes, PP (84 pacientes) y DPP (36 pacientes). Predominó cesárea de emergencia (44%).

**Conclusiones:** La edad entre los 20-35 años y la multiparidad constituyen factores de riesgo. Las mujeres con edades de mejores condiciones para la fecundidad, en su segundo parto o con antecedentes de aborto o de una cesárea previa, fueron las de mayor riesgo. La morbilidad materna estuvo presente sin tener mortalidad materna.

**Palabras clave:** Hemorragia, multiparidad, cesárea.

## Introducción

La Hemorragia del Tercer Trimestre (HTT) del embarazo ocupa en nuestro país uno de los primeros lugares como causa de mortalidad materna después de la hipertensión inducida por el embarazo y el aborto séptico, y constituye una causa importante de los ingresos de pacientes obstétricas a las unidades de tratamiento intensivo. La mortalidad perinatal, una de sus principales y más peligrosas consecuencias, se debe esencialmente a su asociación con prematuridad e hipoxia uterina.

Entre el 2 y 5% de las embarazadas sufre una hemorragia genital en algún momento de su embarazo. Las principales causas se pueden clasificar en ginecológicas y obstétricas; entre las obstétricas, destacan el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y la placenta previa.

Otros de los factores implicados en la gravedad del problema dentro de su análisis como parte de la salud pública, sobre todo en los países en vías de desarrollo, son la anemia preexistente generalizada en la población, las dificultades con el transporte y la reducida cantidad de instalaciones médicas. Todos estos factores determinan que las hemorragias de la segunda mitad del embarazo continúen siendo responsables de muchas muertes maternas.

## Materiales y métodos

**Diseño:** Estudio de tipo descriptivo retrospectivo transversal realizado en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), en el período comprendido entre el 01-01-2003 al 31-12-2003.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del HNGAI durante este período, las cuales ingresaron procedentes de EMG o Consultorio Externo (3480 pacientes), siendo nuestra población de estudio 150 pacientes.

### Criterios de inclusión:

- Gestante > de 28 semanas.
- Hemorragia del tercer trimestre confirmada en hospitalización o ecográficamente.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplen con criterios de inclusión.
- Historias clínicas incompletas.

### Procedimiento:

Se consideraron los diagnósticos presuntivos o definitivos de 198 historias, de las cuales solo se obtuvieron 192; las 6 pacientes restantes no se encontraban en archivo por ingresar a consulta externa. De las 192 historias obtenidas fueron excluidas 42, porque en ellas no se llegó a comprobar en la hospitalización el supuesto sangrado vaginal o por no contener los datos de la ficha de recolección.

Se utilizó ficha de recolección de datos elaborada para dicho estudio.

### Análisis estadístico:

Se hizo en el programa SPSS 9,0 con ventana para Windows, calculándose el Chi cuadrado y test de Fisher modificado para la significancia estadística  $p < 0,05$ .

## Resultados

Estudio realizado en el HNGAI durante los meses de enero a diciembre del 2003, en las áreas de ARO (Alto Riesgo Obstétrico), S CEP (Servicio de Cuidados Especiales Perinatales) y SOP (Sala de Operaciones). Se tuvo como universo a 150 pacientes, de las cuales 108 pacientes hicieron PP (Placenta Previa), y 42 pacientes DPP (Desprendimiento Prematuro de Placenta); además tres de ellas hicieron miomatosis más PP, y dos sufrieron miomatosis asociado a DPP.

La incidencia de presentación anual de HTT es de 4% del total de pacientes ingresadas al servicio de obstetricia.

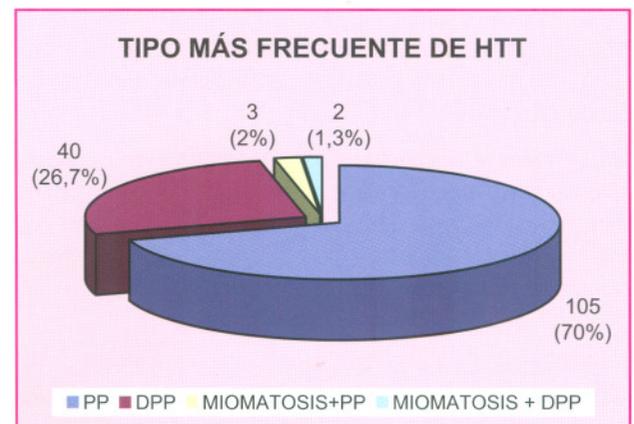
El grupo de edad en el cual predominó la presencia de HTT se encuentra entre los 20 a 35 años (117 pacientes), representando el 79% del total de casos.

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes multiparas.

La edad gestacional promedio de ingreso está entre las 28-36 semanas, representando un número de 87 pacientes.

El tipo más frecuente de HTT es placenta previa representando el 72% (108 pacientes).

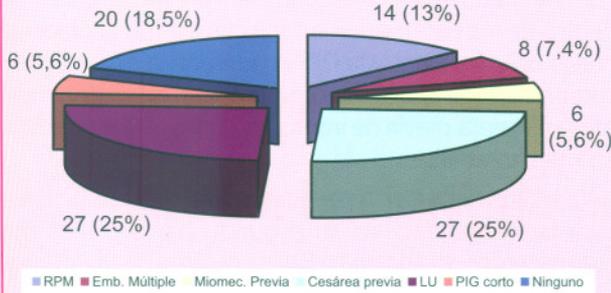
Gráfico N° 1



Entre los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con PP se encuentran las cesáreas anteriores y legrado uterino previo representando ambos el 50% (54 pacientes). Además se menciona que de ellos el 18,5% no tiene ningún factor de riesgo asociado desarrollándose sin embargo la enfermedad.

Gráfico N° 2

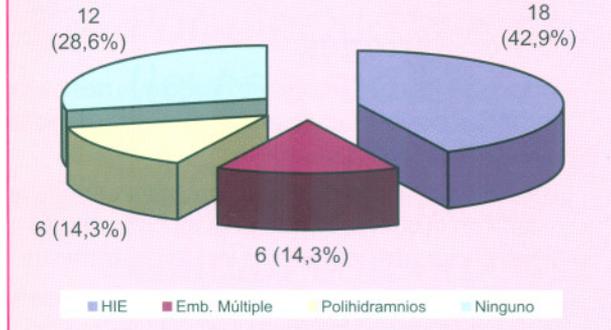
**FACTORES DE RIESGO DE PP**



Dentro del factor de riesgo para DPP, el más frecuente es HIE, asociado en un 42% (18 pacientes) y el embarazo múltiple; además el 28,6% no tiene factor de riesgo.

Gráfico N° 3

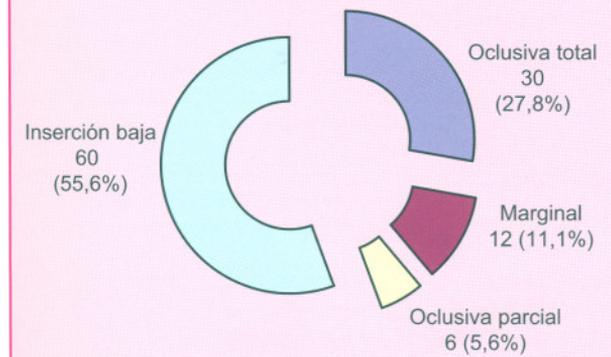
**FACTORES DE RIESGO DE DPP**



Al igual que en trabajos anteriores y corroborando lo encontrado en textos, la PP más frecuente es la inserción baja en el 55,6% (60 pacientes); seguida de PP oclusiva total en 27,8% (30 pacientes).

Gráfico N° 4

**CLASIFICACIÓN DE PP**

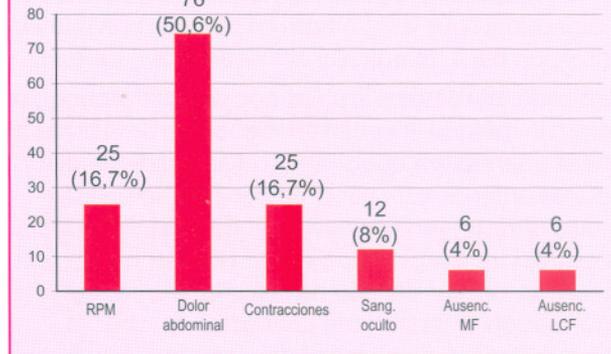


El DPP más frecuente es el moderado o grado II, en un 57% (24 pacientes).

De las manifestaciones clínicas, la más predominante en todas ellas era el dolor abdominal y el sangrado genital externo (76 pacientes), y en algunos casos la RPM y la dinámica uterina.

Gráfico N° 5

**TIPO MÁS FRECUENTE DE HTT**



Solo fue necesario hacer transfusión en 28% de los casos (42 pacientes), de las cuales 30 pacientes tuvieron DPP y 12 pacientes PP, siendo oclusiva total.

Gráfico N° 6

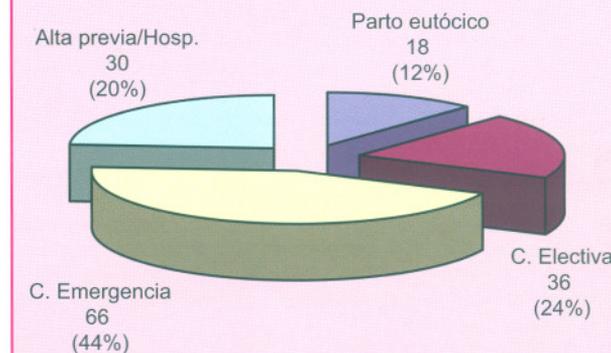
**TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS**



Del total de pacientes (150), solo terminaron en parto 120; del total de pacientes que desarrollaron PP (108), solo 84 llegaron al parto y de las pacientes que desarrollaron DPP (42), 36 llegaron al parto.

Gráfico N° 7

**FIN DE LA GESTACIÓN**



## Discusión

El método utilizado fue la revisión de las historias clínicas dentro del archivo central del hospital y con diagnóstico clínico característico confirmado por las bondades de la ultrasonografía.

Para la clasificación de los diferentes tipos de placenta previa, se aplicaron las Normas Nacionales de Obstetricia y Ginecología que los clasifican en placenta previa lateral (inserción baja), marginal y oclusiva (total o parcial).

La bibliografía destaca la utilización de la ultrasonografía como un método eficaz en el diagnóstico de la placenta previa y sensibiliza que si existe el antecedente de una cesárea anterior, esta paciente debe ser sometida a estudios ultrasonográficos de mayor profundidad, como el estudio transvaginal con efecto Doppler que permite el análisis certero del tipo de placenta previa. Con esta información se establecen conductas apropiadas e incluso se llega al diagnóstico de elementos que hablan a favor del acretismo placentario.

El diagnóstico de DPP no es ultrasonográfico, sino clínico.

## Conclusiones

La edad entre los 20-35 años y la multiparidad constituyen un factor de riesgo para desarrollar HTT.

El tipo más frecuente de HTT es placenta previa, siendo más frecuente la PP de inserción baja.

Entre los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con PP se encuentran las cesáreas anteriores y LU previo representando ambos el 50%.

Dentro del factor de riesgo para DPP, el más frecuente es HIE, y embarazo múltiple.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Botella Llusia G. Placenta Previa en Tratado de Ginecología. Patología Obstétrica. Editorial Científico Médica 1981. Capítulo XXXII.
2. Sinobas del Olmo. Gestorragias: Placenta previa en Obstetricia y Ginecología. Tomo II, 1987. Editorial El Estudiante de Medicina. La Habana.
3. Placenta previa en Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Grupo Nacional de Obstetricia, 1991, Habana-MINSAP. Editorial Científico Médica. Capítulo 22.
4. Lira Plascencia J. et al. Placenta previa, repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos Ginecol Obstet Mex 1995;63.
5. Nadal M de. et al. Placenta previa, acreta e histerectomía obstétrica. Rev Esp Anestesiol-Reanim. 1995 42(4).
6. Lira Plascencia J. et al. Placenta previa acreta y cesárea previa. Ginec Obstet Mex 1995; 63.
7. Taylor V. W. et al.: Increased risk of placenta previa among women of Asian origin. Obstet Gynecol 1995;86(5).
8. Hershkowitz R. et al. One or multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta previa. Eur J Obstet Gynecol -Reprod Biol 1995; 62(2).
9. To WW. et al. Placenta previa and previous cesarean section. Inst J Gynecol Obst.; 1995;51(1).
10. Rashbaum W.K. et al. Placenta acreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester. Obstet Gynecol 1995;85(5. P.I.).
11. Tan N.H. et al: Transvaginal sonography in the diagnosis of placenta previa. Aust NZJ Obstet Gynecol 1995;35(1).
12. Hill L.M. et al. Transvaginal sonographic evaluation of first trimester placenta previa. Ultrasound Obstet Gynecol 1995 5(5).
13. Mónica G. et al. Placenta previa maternal smoking and recurrence risk. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995;14(5).
14. Cumingham G., Grant N., Levedo K., Gilstrap L., Harth J., Wenstrom K. Williams Obstetricia. 21° Ed. Bs. As.: Panamericana, 2002.
15. Andersen H. Indices de cesáreas y sus causas. Rev. Med., 2000; 38.
16. Loutfi G. Patología obstétrica. En: Carrera – Maccia JM, ed. Protocolos de obstetricia. 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores S. A., 1989: 5, 138.
17. Wentrom KD, Hauth JC. Patología del embarazo y muerte fetal. En: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, ed. Williams obstetricia. 21ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2002: 568, 917 – 921.
18. Esteban-Altirriba J. Licenciatura obstetricia. 1a edición. Ed. Salvat. México; 1990.
19. Chávez AV; Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev Med IMSS (Méx). 1993; 31.
20. Sokol RJ; Larsen JW; Landy HJ; Pernoll ML. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo. En: Pernoll ML. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 6a edición. Ed. El manual moderno. México; 1993.

El DPP más frecuente es el moderado o grado II.

De las manifestaciones clínicas, la más predominante en todas ellas era el dolor abdominal y el sangrado externo.

Podemos concluir que la placenta previa se encontró dentro de los parámetros establecidos y fue la placenta previa oclusiva total y la DPP moderada la que mayores complicaciones aportó; sin embargo, en nuestro estudio fue la placenta previa de inserción baja la que predominó en nuestro análisis.

Un perfil de mujeres con edades de mejores condiciones para la fecundidad, en su segundo parto o más con antecedentes de aborto o de una cesárea previa, fueron las de mayor riesgo.

La relación de la vía del parto con el tipo de placenta previa coincide en que el 70% terminaron en cesáreas electivas o de emergencia, siendo estas últimas las de mayor riesgo.

La morbilidad materna estuvo presente en nuestras parturientas, destacándose la cesárea, uso de hemoderivados, entre las más relevantes, sin tener casos de mortalidad materna.

## Recomendaciones

- Toda paciente con factores de riesgo que nos hagan pensar en posibilidad de placenta previa, debe ser estudiada minuciosamente.
- El éxito de cualquier enfoque empieza con la precisión con la cual se realice el diagnóstico prenatal de las causas de hemorragia del tercer trimestre.
- Una vez hecho el diagnóstico definitivo de placenta previa a la paciente, debe ofrecérsele cuidados especiales maternos y perinatales para lograr disminuir la morbimortalidad.