



UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

TESIS

**“CAUSAS DE HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DEL
EMBARAZO Y SU INFLUENCIA EN LA MORBILIDAD PERINATAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE
GROPPO ESSALUD DE ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR: ESPINOZA APESTEGUIA, Katherin Yesenia

ICA – PERU

2015

DEDICADO A:

Dios por permitirme llegar a este momento especial en mi vida, a mis padres por su apoyo incondicional durante mi trayecto estudiantil y en el transcurso de mi vida.

AGRADEZCO A:

A Dios por permitirme culminar mi carrera, a mi asesor por guiarme, a mis padres por su apoyo incondicional.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las causas de hemorragias del tercer trimestre del embarazo y su influencia en la morbilidad perinatal en gestantes atendidas en el hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Observacional, analítica, transversal, retrospectiva. Nivel de Investigación es Relacional. Se estudió en una muestra de 376 gestaciones ocurridas en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014.

CONCLUSIONES: La prevalencia de hemorragias del tercer trimestre de gestación en el hospital Rene Toche Groppo EsSalud de enero 2012 a diciembre 2014 es de 6.4%. El desprendimiento prematuro de la placenta es de 38.2 %, de placenta previa es de 31.9% y de rotura uterina es 29.7% en el hospital Rene Toche Groppo EsSalud de enero 2012 a diciembre 2014, el 48.3% tuvieron controles pre natales completos y el 51.3% no completaron sus controles pre natales. El 29.7% son gestantes menores de 20 años es decir adolescentes y el 70.2% son de 20 a más años. El 35.9% son primigestas y el 60.1% son multigestas. El 56.9% presentaron sufrimiento fetal agudo y el 43.9% no tuvieron sufrimiento fetal agudo en los recién nacidos de las gestantes que tuvieron hemorragia del III trimestre. El 10.6% de los Recién Nacidos tuvieron APRGAR entre 0 a 4, 50.3 % tuvieron APGAR entre 5 a 8 y el 38.8% tuvieron APGAR de 9 a 10, en los recién nacidos de las gestantes que tuvieron hemorragia del III trimestre de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación en el hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014. La hemorragia del tercer trimestre de la gestación influye en el APGAR del recién nacido, aumentando la posibilidad de sufrimiento fetal agudo. Las hemorragias del tercer trimestre de la gestación influyen en la prematurez, aumentando la posibilidad de nacer prematuro.

PALABRAS CALVES: HEMORRAGIAS TERCER TRIMESTRE, MORBILIDAD PERINATAL

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the cause of bleeding in the third trimester of pregnancy and their influence on perinatal morbidity in pregnant women at Rene Toche Groppo Essalud hospital in January 2012 to December 2014. **MATERIALS AND METHODS:** Observational, analytic, transversal, retrospective. Research is relational level. It was studied in a sample of 376 pregnancies occurred in the hospital René Toche Groppo Essalud January 2012 in December 2014.

CONCLUSIONS: The prevalence of bleeding in the third trimester of pregnancy in the hospital René Toche Groppo EsSalud of January 2012 to December 2014 is 6.4%. The prevalence of premature detachment of the placenta is 38.2% of placenta previa is 31.9% and uterine rupture is 29.7%, el 48.6% had pre-natal controls complete and 51.3% did not complete their pre-natal checks. 29.7% are under 20 years old pregnant ie adolescents and 70.2% are 20 and older. They are 35.9 % and 60.1% primigravid are multiparous. El 56.9% developed acute fetal distress and 43.9% had no fetal distress in newborns of pregnant women who had bleeding of the third quarter. El 10.6% of Newborns had APRGAR between 0-4, 50.3% had APGAR between 5-8 and 38.8% had APGAR of 9-10, in newborns of pregnant women who had bleeding of the third quarter. hemorrhages in the third trimester of pregnancy in the hospital René Toche Groppo EsSalud of January 2012 to December 2014. bleeding third trimester of pregnancy influences the APGAR It newborn, increasing the possibility of fetal distress. Bleeding of the third trimester of pregnancy influences the prematurity, increasing the chance of premature birth.

KEYWORDS: BLEEDING THIRD QUARTER, perinatal morbidity

INDICE

	Pág
CARÁTULA	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCIÓN	ix

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2. Delimitación de la Investigación	13
1.3. Formulación del Problema	13
1.3.1.1. Problema Principal	13
1.3.2. Problemas Secundarios	13
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo General	13
1.4.2. Objetivos Específicos	14
1.5. Justificación e importancia de la investigación	14
1.5.1. Justificación de la investigación	14
1.5.2. Importancia de la investigación	14

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	16
2.2.	Bases Teóricas	21
	2.2.1 Hemorragias del tercer trimestre	21
	2.2.2 Morbilidad Materno Perinatal	30
2.3.	Definición de términos Básicos	32

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.	Hipótesis de la Investigación	38
	3.1.1. Hipótesis General	38
3.2.	Variables	
	3.2.1. Variable Independiente	38
	3.2.2. Variable Dependiente	38
	3.2.3. Operacionalización de las variables	39

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.	Diseño de la Investigación	41
	4.1.1. Tipo de Investigación	41
	4.1.2. Nivel de Investigación	41
	4.1.3. Método	41
4.2.	Población y Muestra de la Investigación.	
	4.2.1. Población	41
	4.2.2. Muestra	41

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	
4.3.1. Técnicas	42
4.3.2. Instrumentos	42
4.3.3. Técnica de análisis de datos	42
4.3.4. Ética	42

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
DISCUSION	54
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
FUENTES DE INFORMACIÓN	58
ANEXOS	
- Modelo de Ficha de recolección de datos	63
- Matriz de Consistencia	64

INTRODUCCIÓN

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

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, ocurre aproximadamente entre un 0,4 y un 3,5 por ciento de todos los partos, esta produce la muerte del feto, según un informe la frecuencia del desprendimiento prematuro de placenta es casi uno de 200 partos.

La rotura uterina se suma a las patologías que provocan hemorragias uterinas su frecuencia es muy variable, posiblemente por las diferencias entre los partos realizados en instituciones, los domiciliarios y los de áreas rurales. Algunos autores reportan 1 rotura espontánea cada 2.000 nacimientos, mientras que otros plantean frecuencias de 8 por 1.000 nacimientos sobre todo en países africanos.

La hemorragia post-parto ocupa el segundo lugar como causa de muerte materna con un 11,9 % (16 muertes), pero el desprendimiento prematuro de la placenta, el embarazo ectópico y placenta previa, que también pueden ocasionar hemorragias aparecen con 5,9 % (8 muertes), 3,7 % (5 muertes) y 2,2 % (3 muertes) respectivamente.¹

La Morbilidad Perinatal es un problema de salud Pública en países en desarrollo como el nuestro, el período perinatal es la etapa de mayor vulnerabilidad y mayor Morbimortalidad del proceso reproductivo. Es importante que cada país o región identifique los factores asociados a un aumento de Mortalidad Perinatal para que de esta manera se pueda prevenir el riesgo de muertes y enfermedades del R.N

La presente investigación es de tipo retrospectivo, analítica, y de diseño no experimental, para conocer la prevalencia de las hemorragias uterinas

1. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence y determinantes del histerectomía periparto.

del tercer trimestre en pacientes embarazadas y su influencia en la morbilidad perinatal en el Hospital “RENE TOCHE GROPPA ESSALUD”. Con la finalidad de analizar estas causas de sangrado y tomar precauciones según su patogenia.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Capítulo II

Marco teórico

Capítulo III

Hipótesis y variables

Capítulo IV

Metodología de la investigación

Capítulo V

Presentación análisis y discusión de resultados

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBELMA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La hemorragia de tercer trimestre es todavía una causa potencial que influye en la morbilidad perinatal. Su aparición en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación y alarma.

Es importante señalar que las mujeres embarazadas no tienen un acceso a los servicios de salud de una forma adecuada, con equidad y de calidad, lo que conlleva a un inadecuado control prenatal, mala orientación de signos de alarma, diagnósticos tardíos que comprometen la vida de la paciente y el producto de la concepción, elevando la morbilidad perinatal.

Se debe mencionar que dentro de los datos estadísticos del ministerio de salud reporta una alta incidencia de los casos de Hemorragia del tercer trimestre del embarazo, siendo más frecuente la Placenta Previa.

Las complicaciones fetales tienen relación con la edad gestacional en la cual se debe interrumpir el embarazo. Durante el parto la complicación más frecuente es la prematuridad, asfixia e hipoxia fetal con apgar bajo y durante el periodo post natal se dan con más frecuencia las complicaciones asociadas a la prematuridad como distress respiratorio y cuando se presenta una rotura de vasa previa lleva a shock hipovolémico y muerte fetal.

Por lo anteriormente descrito, surge la importancia del conocimiento de las características epidemiológicas y clínicas de las hemorragias del tercer trimestre, que permitan la evaluación integral para realizar el diagnóstico temprano y oportuno que contribuirá a la disminución de las complicaciones maternas y fetales.²

En el Hospital Rene Toche Groppo Essalud la prevalencia de hemorragias del tercer trimestre de gestación en es de 6.4%. De las cuales el desprendimiento de placenta es de 50%, la placenta previa es de 37.5% y la rotura uterina es de 12.5%

2. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Histerectomía periparto. Incidence and morbilidad maternal.

1.2. Delimitación de la Investigación

Delimitación espacial.- La investigación se desarrollará en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud

Delimitación temporal.- Las historias se revisaran en periodo de 2 años del 2012 al 2014

Delimitación social.- El estudio se desarrollará en las historias clínicas de las gestantes atendidas en este nosocomio.

Delimitación conceptual.- Averiguar las causas principales de hemorragias del tercer trimestre de gestación y la influencia en la morbilidad perinatal.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cuáles son las causas de hemorragias del tercer trimestre del embarazo y su influencia en la morbilidad perinatal en gestantes atendidas en el hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014?

1.3.2. Problemas Secundarios

- ¿Cuál es la prevalencia de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación?
- ¿Cuáles son las principales causas que provocaron las hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 40 semanas?
- ¿Cuál es la asociación entre las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y la morbilidad perinatal?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar las causas de hemorragias del tercer trimestre del embarazo y su influencia en la morbilidad perinatal en gestantes atendidas en el hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación
2. Precisar las principales causas que provocaron las hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 40 semanas.
3. Determinar la asociación entre las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y la morbilidad perinatal

1.5. Justificación e importancia

1.5.1. Justificación

Conociendo la no asistencia periódica a los controles prenatales hace que las hemorragias obstétricas presentes en el embarazo provoquen riesgos en la salud materna y perinatal, la vigilancia el seguimiento es primordial a fin de evitar que la gestación no salga de los límites fisiológicos y en caso de suceder estas sean detectadas en sus fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el manejo adecuado y reducir la tasa de morbilidad de las embarazadas y producto de la gestación.

1.5.2. Importancia

La importancia del presente estudio es tratar de determinar los factores de riesgos y las complicaciones perinatales que provocan las hemorragias uterinas del tercer trimestre del embarazo en el Hospital “Rene Toche Groppo Essalud” en la ciudad de Chincha, mejorando así la atención inmediata y mediata de la paciente.

Promover actividades que disminuyan los factores causales de hemorragias como maniobras de Kristeller, diagnosticar precozmente y manejo oportuno de las hemorragias del tercer trimestre a fin de minimizar el daño al recién nacido sin descuidar la salud de la madre.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

INTERNACIONALES

- **Canache Campos, Luzardo Antonio; Desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de placenta normoinsera. Prospectiva Analítica. Castejón, Olivar. Universidad de Carabobo 2012.** Se examinaron 20 placentas, 17 con desórdenes hipertensivos y tres de embarazos normales, en el tercer trimestre, aplicándose protocolo con las variables que determinan tipos de vellosidades según su desarrollo y cambios degenerativos encontrados con microscopía de luz. El espacio ínterveloso tiene importantes cambios como los depósitos de fibrina en 84%, la trombosis íntervelosa en 76% y los infartos en 56%, estos cambios degenerativos son estadísticamente significativos. Conclusión: un acelerado crecimiento de la vellosidad empotrada en la placa basal o cercana a ella se evidencia en los resultados con simultáneos procesos indicativos de degeneración y desarrollo anormal en un ambiente de daño vellosa hipóxico extenso.³

- **Yepez Mosquera, Raquel Priscila. Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas. Retrospectivo y Descriptivo. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013.** Las hemorragias uterinas son una de las complicaciones graves del embarazo, presentan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal de un 6 a 10% a nivel mundial. El Ecuador mantiene una de las tasas más elevadas de la

3.- Canache Campos, Desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de placenta

región con un 5,9% (8 muertes) desprendimiento prematuro de placenta y (2,2% 3 muertes) placenta previa, 18 resultado de múltiples factores: biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos que inciden en ellas, pudiéndose presentar en cualquier momento de la gestación, en cualquier embarazo y cualquier edad de la paciente. La muestra seleccionada fue de 128 mujeres con embarazo de 32 a 36 semanas diagnosticadas al ingreso con HTT por desprendimiento prematuro de placenta 53,90%, placenta previa 42,96% y rotura uterina 0,78% de Septiembre 2012 a Febrero del 2013, observando que la anemia en 48.43% y la hipertensión arterial en un 25% fueron los factores de riesgo que mayor porcentaje registraron, entre las complicaciones materna el 96,87% anemia aguda, el 2.34% coagulopatías y el 0.78% shock hipovolémico. El grupo de edad más afectado fue el de 21 a 30 años. Se concluyó que las multíparas tuvieron mayor incidencia de hemorragia transvaginal en el tercer trimestre de embarazo. La gran mayoría de embarazos fueron resueltos con cesárea segmentaria y el índice de natalidad fetal fue del 72 por ciento. ⁴

- **Sornoza Aguilera, Rosa; Soto Espinoza, Ricardo; Lindao Chalén, Miguel; Rugel Langarano, Leopoldo; Galarza Zambrano, Sofía; Cabrera Yáñez, Virginia. Hemorragias transvaginales durante el tercer trimestre del embarazo. 2009. Retrospectivo. Portoviejo. 2009** Fueron atendidas un total de 112 pacientes de las cuales 77 fueron diagnosticadas con placenta previa (69 por ciento) y 35 pacientes diagnosticadas con desprendimiento prematuro de placenta (31 por ciento). El grupo de edad más afectado fue el de 21 a 30 años. Se concluyó que las multíparas tuvieron mayor incidencia de hemorragia transvaginal en el tercer trimestre de embarazo. La gran mayoría de embarazos fueron resueltos con cesárea segmentaria y el índice de natalidad fetal fue del 72 por ciento.

4.- Sornoza Aguilera. Hemorragias transvaginales durante el tercer trimestre del embarazo Medicina

Por ello, en el presente trabajo se resumen los criterios y procedimientos técnicos más aceptados actualmente para la prevención y tratamiento de las principales entidades nosológicas que causan hemorragias graves de origen obstétrico, como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, el acretismo placentario y la atonía uterina, entre otras, con el fin de facilitar su difusión entre el personal médico de los tres niveles de atención. ⁵

- **Malvino, E; Curone, M; Lowenstein, R; Ferro, H; Korin, J; Bruno, C; Lantos, J. Hemorragias obstétricas graves en el período periparto. Estudio retrospectivo y descriptivo. Buenos Aires, Argentina. 2012.** Objetivo: Evaluar la morbi-mortalidad actual en un grupo de pacientes con sangrado obstétrico severo en el período periparto. Marco: División Terapia Intensiva, en una clínica privada. Pacientes: 45 pacientes gestantes con edad de 33.2, ingresadas a partir de marzo de 1991 hasta febrero de 1998. Método y resultados principales: El episodio agudo es mejor controlado con estrógenos a altas dosis, o con raspado uterino en caso de hipovolemia. El tratamiento crónico, para evitar recurrencias, depende de las necesidades de cada paciente: progestágenos cíclicos, anticonceptivos orales de microdosis, estrógenos- progestágenos, inductores de la ovulación, ablación histeroscópica, e histerectomía. ⁶

NACIONALES

- **Del Águila Paredes R. Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011. Retrospectivo, Descriptivo. Yarinacocha, Tarapoto. 2012.**

5.- Velasco Murillo, Vitelio; Cardona Pérez, Jorge A; Madrazo Navarro, Mario. Complicaciones hemorrágicas de origen obstétrico. Prevención y tratamiento Rev. méd. IMSS;36(5):395-405, sept.-oct. 2008.

6.- Pérez, Luis. Hemorragia uterina disfuncional. Rev. Colomb. obstet. ginecol; 48(3):203-6, jul.-sept. 2009. graf

Los resultados arribados fueron los siguientes: la incidencia de Histerectomía Obstétrica fue 0,18% que significa 1 por cada 564 casos obstétricos, el grupo de edades donde más se realizó la histerectomía fue el rango de 17-43 años (63%). El 77% de las pacientes tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % no tuvieron ningún control prenatal; el 37 % presentaron entre 2 y 3 gestaciones previas y el 19 % eran nulíparas, el rango de edad gestacional fueron 30 a 42 semanas con un promedio de 35 semanas. Respecto al momento de la histerectomía obstétrica 63% de los casos corresponde a cesárea - histerectomía seguido del 33% histerectomía- post cesárea y un 4 % correspondiente a histerectomía obstétricas Post Parto vaginal. Las principales indicaciones de las histerectomías obstétricas fueron por atonía uterina con el 63%, seguida por acretismo placentario 15%, rotura uterina 11%, sepsis 7% y útero Couvelaire 4%. La cesárea aumenta 1.04 veces el riesgo de la histerectomía obstétrica comparado con el parto vaginal. Se evidencio en el estudio que el 96% fueron intervención por cesárea y el 4% vía vaginal. Las complicaciones que condujeron a una cesárea fueron el 22 % por hemorragias en el tercer trimestre (placenta previa y desprendimiento de prematuro de placenta). Prevalció la histerectomía abdominal sub total 93% y el 7% de histerectomía total. Tiempo operatorio promedio fue 75,43 min (Rango de 35 a 156 min).⁷

- **Diaz Hajar, Maria Luz. Grado de uso de la guía de atención de emergencias en hemorragia obstétrica severa y su correlación con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009.Observacional y Correlacional. Lima. 2009.** La Población en estudio estuvo constituida por las Gestantes que acudieron al Hospital Vitarte en búsqueda de atención obstétrica por Hemorragia Obstétrica Severa y Shock en

7.- Del Águila Paredes R. "Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011".

el periodo 2005 al 2009 y que cumplieron los criterios de inclusión, la cual asciende a 105 gestantes. El grado de uso de la guía de atención de emergencias obstétricas fue alto en 96 (91.43 por ciento) de los casos, mediano en 8 (7.62 por ciento) y bajo en 1 (0.95 por ciento). A mayor grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severas tuvo más días de estancia hospitalaria. Pero al parecer la calidad de su aplicación es inadecuada a juzgar por los resultados.

Los factores que influyen en la estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias en Hemorragias Obstétrica Severa fueron: Condición de ingreso y o complicaciones de la Hemorragia Obstétrica Severa (severidad del cuadro por asociación a enfermedades intercurrentes); uso inadecuado de la guía (uso parcial), sub registro de diagnósticos complementarios en historia clínica.⁸

Conclusiones: 1. Óptimo porcentaje de sobrevida materna vinculado con: a) disponibilidad de hemoderivados y resolución de estudios complementarios, y b) actuación de un equipo multidisciplinario. 2. Se aprecia una alta incidencia de histerectomías como última alternativa para controlar las hemorragias.⁹

LOCALES. No se encontraron

8.- Diaz Hajar, Maria Luz. Grado de uso de la guía de atención de emergencias en hemorragia obstétrica severa y su correlación con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009.

9.- Malvino, E; Curone, M; Lowenstein, R; Ferro, H; Korin, J; Bruno, C; Lantos, J. Hemorragias obstétricas graves en el período periparto Med. intensiva;17(1):21-9, 2010. Tab.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Es aquel sangrado uterino de origen obstétrico, que se presenta durante el tercer trimestre.

Todas las hemorragias que ocurren en el proceso reproductivo son importantes, pero las que intervienen en este trimestre revisten una mayor gravedad ya sea para la madre y el hijo.

Constituye una de las principales causas morbi-mortalidad materno perinatal a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro. En el Perú según el último informe de la Oficina General de Epidemiología (OGE), el 58% de las muertes maternas son producidas por hemorragias del embarazo y del parto.

Además, diversos estudios demuestran que está asociada a complicaciones perinatales como parto pretérmino, causa principal de morbi-mortalidad perinatal, sufrimiento fetal agudo (SFA), asfixia y a óbito fetal.¹⁰

Los hallazgos epidemiológicos señalan que entre los factores que se asocian a esta entidad se encuentran la edad materna avanzada, multiparidad, antecedente de cesárea, legrado uterino, miomas uterinos, polihidramnios, la hipertensión inducida por el embarazo, traumas, el embarazo múltiple y tabaquismo.

Inciden en un 5% de todos los embarazos tras la semana 28, el margen del riesgo fetal obliga a finalizar urgentemente la gestación. Además, diversos estudios demuestran que está asociada a complicaciones perinatales como parto pretérmino, causa principal de morbi-mortalidad perinatal, sufrimiento fetal agudo (SFA), asfixia y a óbito fetal.¹¹

Aquí se centrará tres causas principales de hemorragia: el desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, ruptura uterina.

10. Baskett TF. Histerectomía por emergencia obstétrica. J ObstetGynecol 2013;23(4):353-5.

11. Gray RH, Doyle PE. The Epidemiología de la conception y fertilidad. En Obstetrical Epidemiology. London Academic Press, 2009

2.2.2. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION

PLACENTA PREVIA

Es la implantación de la placenta en una localización baja en el segmento inferior y siempre por delante de la presentación fetal, la placenta normal se implanta en el fondo uterino y hacia la pared posterior. Trae como consecuencia en el niño prematuridad.

Se desconoce su etiología pero se asocian factores de riesgos como:

- ✓ Multiparidad
- ✓ Edad materna avanzada
- ✓ Miomatosis uterina
- ✓ Cesárea anterior
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Diabetes

1.1) Su clasificación es:

- ✓ **Placenta previa total:** La placenta cubre el orificio cervical interno totalmente.
- ✓ **Placenta previa parcial:** Cubre parte del orificio cervical interno.
- ✓ **Placenta previa marginal:** El borde placentario llega justo al orificio cervical interno.
- ✓ **Placenta previa de inserción baja:** Implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio cervical interno, pero se encuentra en estrecha proximidad al mismo y vasos previos: los vasos fetales recorren las membranas y están presentes en el orificio cervicouterino.¹³

1.2 Cuadro clínico:

- ✓ Sangre roja líquida rutilante
- ✓ Indolora
- ✓ Contracciones de Braxton- Hicks

13. Schwarcz, Fescina, y Duverges. Hemorragias en la gestación. Obstetricia, 6ta edición Buenos Aires.

1.3) Diagnóstico:

- ✓ **Clínico:** Feto en situación transversa o podálica, útero blando, presentación alta, al auscultar soplo placentario en hipogastrio, inspección genital sangrado, evitar el tacto vaginal.
- ✓ **Ecográfico:** La ecografía abdominal nos ayuda un 95-98 % mientras que la transvaginal es 100 % más seguro.

1.4) Tratamiento:

Es conservador y su terminación es por cesárea en lugar de parto vaginal y se ha logrado reducir las tasas de morbilidad materna y perinatal.

El manejo conservador es: pérdida sanguínea menor de 500 ml, edad gestacional menor de 36 semanas y peso fetal calculado menor de 2.500 gramos, buena salud materna y fetal, facilidades hospitalarias para resolver una emergencia quirúrgica.¹⁴

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:

El desprendimiento prematuro de la placenta, puede ser parcial o completo después de las 20 semanas y antes del nacimiento.¹⁵

La hemorragia del desprendimiento prematuro de placenta se filtra entre las membranas y el útero, luego se escapa por el cuello uterino y causa hemorragia externa con menor frecuencia, la sangre no sale al exterior, sino que queda retenida entre la placenta desprendida y el útero lo que significa que hay una hemorragia oculta.

14. Bajo Arenas JM, y Col. Fundamentos De Obstetricia SEGO, Madrid, Graficas Marte SL 2009

15.- Diccionario MOSBY Pocket de Medicina y Enfermería y Ciencias de la Salud.4ta Edición, 2009.

Se desconoce su etiología pero se asocian algunos factores de riesgo:¹⁶

- ✓ Estados hipertensivos del embarazo
- ✓ Consumo de cocaína
- ✓ Consumo de tabaco
- ✓ Edad materna avanzada
- ✓ Multiparidad
- ✓ Factores mecánicos: cordón umbilical corto, traumatismo directo
- ✓ Útero sobre distendido: gestación múltiple, polihidramnios

2.1) Clasificación:

- ✓ **Grado 0:** El diagnóstico se realiza postparto. Al revisar la placenta se encuentra un pequeño hematoma retroplacentario.
- ✓ **Grado 1:** Hay dolor y hemorragias leves acompañada de hipertonia uterina moderada no presenta signos ni síntomas de choque hipovolémico y el feto se encuentra vivo.
- ✓ **Grado 2:** El dolor es más intenso por el aumento del tono uterino, la hemorragia es abundante y el feto mostrará signos de sufrimiento fetal se iniciarán las alteraciones cardiovasculares del choque.
- ✓ **Grado 3:** Corresponde a casos graves de desprendimiento prematuro de placenta, hay hipertonia uterina severa, la madre presenta choque hipovolémico, el feto está muerto y los trastornos de coagulación están presentes.

2.2) Complicaciones:

SHOCK HIPOVOLÉMICO: Es consecuencia directa de la hemorragia materna. En 141 mujeres con gravedad que presentó desprendimiento

16.- Día Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud: Suiza 2010.

- ✓ desprendimiento prematuro de placenta tal que mató al feto, demostraron que la pérdida de sangre a menudo ascendía al menos la mitad del volumen sanguíneo propio del embarazo, por otro lado, ni la hipotensión ni la anemia son obligadas, incluso con hemorragia extrema oculta la oliguria por hipoperfusión renal que se observa responde a la administración de líquidos intravenosos y sangre.¹⁷

- ✓ **COAGULOPATÍA DE CONSUMO:** El desprendimiento prematuro de placenta es una de las causas más frecuentes de coagulopatía de consumo con importancia clínica en obstetricia.
La coagulopatía de consumo es más probable cuando hay un desprendimiento oculto porque la presión intrauterina es más alta, por lo que empuja una mayor cantidad de tromboplastina al interior del sistema venoso materno.

- ✓ **INSUFICIENCIA RENAL:** Se observa que hay insuficiencia renal en el desprendimiento prematuro de placenta grave. La alteración más grave del riego renal es la consecuencia de la hemorragia masiva, es probable que el vaso espasmo renal y la hipoperfusión se intensifiquen se ha complicado el desprendimiento prematuro de placenta por coagulación intravascular grave, el tratamiento de la hemorragia con sangre y solución cristaloide suele evitar la disfunción renal de importancia clínica, por razones que se desconocen, incluso sin pre eclampsia, la proteinuria es frecuente al inicio, en especial con variantes más graves de desprendimiento prematuro de placenta.

17.- Cuevas Ortiz L. Informe final 2012, vigilancia de mortalidad materna y perinatal Semanas.

- ✓ **SÍNDROME DE SHEEHAN:** Se caracteriza por la imposibilidad de lactar, amenorrea, atrofia mamaria, pérdida del vello púbico y axilar, hipotiroidismo e insuficiencia de la corteza suprarrenal. Esas anomalías endocrinas aparecen con poca frecuencia incluso en las mujeres que presentan hemorragia grave. El síndrome de Sheehan, puede haber grados variables de necrosis de la porción anterior de la hipófisis, con las alteraciones de la secreción de una o más hormonas tróficas.

2.3) Complicaciones fetales:¹⁸

- ✓ Hipoxia
- ✓ Anemia
- ✓ Retardo del crecimiento intrauterino
- ✓ Prematuridad
- ✓ Malformaciones congénitas

2.4) Cuadro clínico:¹⁹

- ✓ Sangrado oscuro no abundante
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Hipertonía uterina
- ✓ Rigidez o distensión abdominal
- ✓ Distrés o muerte fetal
- ✓ Disminución o ausencia de latidos cardíacos

2.5) Diagnóstico:

- ✓ Historia clínica
- ✓ Cuadro clínico
- ✓ Ecografía

18.- SOGC Guía práctica clínica. Diagnóstico y manejo de la placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 2009;
19.- Sinha P, Kuruba N. Hemorragia ante parto: Una actualización. J Obstet Gynaecol. 2008.

2.6) Tratamiento:

- ✓ Hospitalización
- ✓ Controlar hemorragia e hipovolemia
- ✓ Examen vaginal
- ✓ Monitorización fetal (si el feto está vivo)
- ✓ Monitorización materna: hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación.

ROTURA UTERINA:

Puede ser la separación oculta, delgada, o dehiscente que se descubre al repetir la cesárea, ruptura completa, sintomática y que requiere de una laparotomía de emergencia. Con extrusión fetal o de la placenta, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas.²⁰

3.1) Factores de riesgo:

- ✓ Precesáreada
- ✓ Legrados uterinos
- ✓ Uso inadecuado de oxitocina
- ✓ Placenta acreta y dificultad en la extracción.
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Multiparidad
- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Instrumentaciones no adecuadas
- ✓ Maniobra de kristeller

3.2) Clasificación:

- ✓ **Según su causa:** traumática y espontánea
- ✓ **Según su localización:** en segmento inferior o cuerpo.

20.- Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta acreta, and vasa previa. Obstet Gynecol. 2009

- ✓ **Según su grado:** completas e incompletas
- ✓ **Según el momento:** durante el embarazo o el parto.

3.3) Cuadros clínicos:

- ✓ Dolor intenso o abdomen con sensibilidad generalizada, sobre todo en el segmento inferior, lo que dificulta la exploración.
- ✓ Múltipara intranquila, excitada o agotada por un trabajo de parto prolongado, y pueden existir relaciones céfalo pélvicas estrechas, desproporción no diagnosticada, presentación viciosa mal evaluada o uso de oxitocina para inducción o conducción.
- ✓ Contracciones enérgicas o polisístolia que no se corresponden con el progreso de la presentación.
- ✓ En el examen físico se puede hallar: distensión marcada del segmento inferior con ascenso del anillo de Bandl, que puede llegar al ombligo (signo de Bandl).
- ✓ Los ligamentos redondos se ponen en tensión y parecen cuerdas que tiran del segmento (signo de Frommel).
- ✓ El útero a veces semeja un reloj de arena.
- ✓ En el tacto vaginal puede apreciarse el cuello alto tirando de la vagina y engrosado, y cuando la causa determinante es la estrechez pélvica desproporción, puede verse la bolsa sero sanguínea que puede llegar a la vulva, cuando todavía la cabeza está alta. ²¹

3.4) Diagnóstico:

- ✓ Dolor abdominal súbito
- ✓ Cese de contracciones uterinas durante el trabajo de parto

21.- Claydon CS, Pernoll, ML. Hemorragia vaginal en el tercer trimestre

- ✓ Hemorragia vaginal o hematuria
- ✓ Signos maternos de shock.²²
- ✓ Partes fetales fácilmente palpables bajo la pared abdominal
- ✓ Ausencia de latidos fetales, falta de movimientos fetales o aparición ominoso de un patrón de latidos cardiacos fetales en el monitoreo electrónico fetal

3.5) Tratamiento:

- ✓ En la ruptura uterina la vida de la madre dependerá de la rapidez con que la hipovolemia pueda ser corregida y el sangrado ser controlado mediante una cesárea inmediata.
- ✓ Hemorragia postparto : laparotomía. ²⁴

ROTURA DE SENO MARGINAL:

Rara complicación en placenta de inserción normal.

Generalmente es debido al sangrado del seno venoso marginal de la placenta (hematoma de bajo presión), lo cual supone una diferencia fundamental con respecto al hematoma retroplacentario central, cuyo sangrado presenta componente arterial.²⁵

- ✓ Prematuridad
- ✓ Crecimiento intrauterino retardado por insuficiencia placentaria
- ✓ Pérdida de sangre fetal
- ✓ Traumas obstétricos
- ✓ Aumento de la isoimmunización
- ✓ Malformaciones del sistema nervioso central, cardiovascular, respiratorio y digestivo.

22.- Cabeza Cruz E, Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Infección vaginal. En: García Hernández ML, editor. Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia
 24.- Organización Panamericana de la Salud: Salud de las Américas, Washington, D.C.: OPS; 2008.
 25.- Ríos R. Coagulopatías en el embarazo. En: Routi AM y cols. Obstetricia y Perinatología.

ROTURA DE VASA PREVIA:

Ocurre cuando los vasos fetales transcurren por las membranas sin la protección del cordón umbilical o de tejido placentario, y atraviesan el segmento uterino más inferior por delante de la presentación, en contacto con el orificio cervical interno.

Se asocia con la inserción velamentosa del cordón umbilical o a una placenta bilobulada.

La hemorragia es de origen fetal y ocurre al romper la bolsa.²⁶

5.1) Cuadro clínico:

- ✓ Gestante en trabajo de parto con pérdida de líquido amniótico sanguinolento.
- ✓ Compromiso fetal agudo

5.2) Diagnóstico:

- ✓ Palpación ocasional del vaso o visualización por amnioscopia

5.3) Tratamiento:

- ✓ Cesárea de inmediato

2.2.2 MORBILIDAD MATERNO PERINATAL

✓ PLACENTA PREVIA

En los países en vías de desarrollo sigue siendo una causa importante de morbilidad materna. Un estudio de cohorte mostro una morbilidad neonatal cuatro veces superior a la gestación sin placenta previa, pero las complicaciones de

26.- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstron KD. Hemorragia Obstétrica.

morbi-mortalidad feto-neonatal no suelen derivar del sangrado materno.²⁷

La edad gestacional media de parto en una placenta previa es 35 sem. Para que el sangrado afecte al bienestar del feto hace falta que sea tan copioso que provoque un shock hipovolémico en la gestante.

Además de sangrado materno y falta de bienestar feto-neonatal, la placenta previa se asocia a un incremento en la tasa de parto prematuro, rotura prematura de membranas (RPM), placenta acreta, vasa previa, presentación no cefálica, y embolia de líquido amniótico.²⁸

✓ **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA**

La morbilidad perinatal es alta, debido a anoxia. La mayoría es morbilidad fetal (77%); la morbilidad neonatal se suele asociar a la prematuridad (iatrogénica o espontánea).

La afectación fetal depende de la cantidad de superficie desprendida. Por encima del 50% de desprendimiento la CID y la muerte por anoxia fetal son frecuentes. Sobre todo, a dos posibles procesos:

* Shock hipovolémico (suponen el 5-15% de los DPPNI) y sus consecuencias: fallo renal, distrés respiratorio, fallo multiorganico, incluso la muerte materna.

✓ **ROTURA UTERINA**

La morbilidad materna incluye la histerectomía, posible lesiones vesicales, y las consecuencias de la hemorragia

27.- OMS. Obstetricia. En: OMS. El uso clínico de la sangre en Medicina, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia. Ginebra: OMS; 2011. p .227-46.

28.- Almagro D. La hemostasia en el embarazo. Rev Cubana Hematología e Inmunol Hemoter. 2010.

severa. Respecto del neonato, su morbilidad contempla las manifestaciones derivadas de una hipoxia aguda.

La morbilidad perinatal es muy variable (del 11% en países desarrollados al 46-70% en los países en vías de desarrollo).²⁹

ROTURA DE SENO MARGINAL

Depende del volumen del hematoma que si es importante puede estar asociado a parto prematuro por su efecto irritante sobre el útero.³⁰

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Acretismo Placentario: El Acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.

Adenomiosis: La adenomiosis o endometriosis interna ocurre cuando el tejido que recubre el interior del útero penetra el miometrio o capa muscular de este órgano. Durante la menstruación, el tejido asentado dentro del miometrio se hincha y sangra del mismo modo que el revestimiento del útero. Esto provoca que la sangre se acumule dentro del músculo uterino, donde puede formar tumores benignos conocidos como adenomiomas.

Amenorrea: Es la ausencia de la menstruación porque nunca comenzó o porque se interrumpió posteriormente. Puede ser normal (fisiológica) o ser indicativo de enfermedad (patológica).

Anoxia fetal: Anoxia es la asfixia del neonato, recién nacido por falta de oxígeno. Las causas pueden producirse por las características de la placenta

29.- Hurtado R, García-Frade LF. Alteraciones hematológicas durante el embarazo. Anestesia Méx. 2008;20(2):75-84.

30.- Brenner WE, Edelman DA, Hendricks CH. Características de los pacientes con placenta previa y resultados del manejo expectante. Am J Obstet Gynecol 2008; 132(2):180-91.

durante el embarazo, embarazo de riesgo, malformaciones, infecciones, por estrangulamiento del cordón umbilical o por causas desconocidas.

Atonía Uterina: Falta de contracción de la fibra muscular uterina. Si ocurre durante el parto, prolonga la duración del mismo. Si se produce después del parto, en el alumbramiento, puede ser causa de hemorragia uterina.

Desprendimiento prematuro de la placenta: Separación accidental de la placenta después de las 20 semanas y antes del nacimiento del feto.

Epidemiología.- Estudio de la presentación distribución y causas de las enfermedades humanas.

Hipoxia: Es una agresión al feto o al recién nacido (neonato) debido a la falta de oxígeno general o en diversos órganos.

Histerectomía Abdominal Total: En una histerectomía radical se extrae el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y sus tejidos de apoyo. Este procedimiento se realiza en algunos casos de cáncer.

Histerectomía Abdominal Sub Total: Una histerectomía parcial o subtotal (llamada también histerectomía supra-cervical) extrae la parte superior del útero y deja el cuello uterino en su lugar.

Histerectomía Obstétrica.- Consiste en la extirpación del útero durante una cesárea o en el puerperio, por complicaciones relacionadas con el embarazo o por indicaciones ginecológicas. La que se realiza durante la cesárea es conocida como operación de Porro y consiste en practicar una cesárea seguida de histerectomía total o subtotal. La histerectomía obstétrica es una intervención que se realiza, en la mayoría de los casos, de emergencia con el fin de solucionar una complicación obstétrica.

Histerorrafia: Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.

Histerotomía.- Incisión quirúrgica del útero, realizada para algunos procesos quirúrgicos.

Inserción velamentosa del cordón: Es una complicación del cordón umbilical en la que ésta llega a insertarse en la placenta través de la superficie de las membranas ovulares, es decir, entre el amnios y el corión.

Insuficiencia hipofisaria: Es una afección en la cual la hipófisis no produce cantidades normales de algunas o de todas sus hormonas.

Maniobra de kristeller: Es un proceso de parto que se utiliza para hacer salir al bebé con mayor rapidez a través del canal vaginal, durante la fase de expulsión.

Multiparidad: Mujer que ha parido más de una vez.

Miomatosis uterina: Los miomas, o leiomiomas, son tumores benignos que se forman a consecuencia de una proliferación alterada de las fibras musculares del miometrio (capa muscular del útero), y constituyen la neoplasia benigna más frecuente del aparato genital femenino.

Los miomas pueden ser asintomáticos, por lo que no se tiene certeza de su incidencia real, pero se estima que los presentan una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva, llegando a afectar al 20-40% de las mujeres mayores de 30 años.

Mola hidatiforme: Una mola es una degeneración placentaria que causa una gestación anómala. La mola hidatiforme o embarazo molar es un término que se utiliza para referirse concretamente a un trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero.

Óbito o muerte fetal: Cuando un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 20 semanas; es decir, cuando ha alcanzado un desarrollo tal que, en condiciones óptimas, la vida fuera del útero pudiera haber sido posible.

Placenta acreta: La placenta se adhiere con demasiada profundidad y muy firmemente al útero.

Placenta bilobulada: La placenta está dividida en dos lóbulos separados pero unidos entre sí por los vasos primarios y por las membranas, este tipo es una variedad rara, la retención de un lóbulo después del parto producirá complicaciones hemorrágicas y de infecciones.

Placenta increta: La placenta se adhiere aun con más profundidad en la pared muscular del útero.

Placenta percreta: La placenta se adhiere y crece a través del útero, extendiéndose en ocasiones a los órganos cercanos, como la vejiga.

Placenta previa total: el orificio cervical interno está cubierto completamente por la placenta.

Placenta previa parcial: el orificio cervical interno está cubierto parcialmente por la placenta.

Placenta previa marginal: el borde de la placenta está próximo al orificio cervical interno pero no alcanza a cubrirlo.

Placenta previa de inserción baja: el borde placentario se encuentra a unos 3 cm del orificio cervical interno, pudiendo ser palpado digitalmente a través del cérvix.

Polihidramnios: Es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm alrededor del feto antes de que este nazca

Útero Couvelaire: Proceso hemorrágico de la musculatura uterina que puede acompañar al Abrupto Placentae grave. La sangre extravasada se dispone entre las fibras musculares y por debajo del peritoneo que cubre al útero; éste adopta color púrpura y se contrae anormalmente. Denominado también apoplejía útero-placentaria.

Sufrimiento fetal agudo: Es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.¹ En general, el SFA es causada por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

Shock hipovolémico: Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

Síndrome de sheehan: Es una afección que puede presentarse en una mujer que tenga una hemorragia grave durante el parto.

Trombocitopenia: Es cualquier situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales, es decir, con un recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la Investigación

3.1.1. Hipótesis General

La hemorragia del tercer trimestre de la gestación influye en la morbilidad perinatal.

3.1.2. Hipótesis específica

Las hemorragias del tercer trimestre de la gestación causan morbilidad perinatal.

Las hemorragias del tercer trimestre de la gestación se asocia a la morbilidad perinatal.

3.2. Variables

3.2.1. Variable Dependiente

- Morbilidad perinatal

3.2.2. Variable Independiente

- Hemorragia del tercer trimestre del embarazo
- Causas que provocaron las hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo

3.2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR
Morbilidad perinatal	Patologías asociadas a las hemorragias del tercer trimestre en recién nacidos	dependiente	Cuantitativa	Nominal	Morbilidad
Causas que provocaron las hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas.	Causa de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación	Independiente	Cualitativa	Nominal	Causas
Hemorragia del tercer trimestre del embarazo	Sangrado de más de 15% del volumen vascular	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Si No

CAPITULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la Investigación

4.1.1. Tipo de Investigación

Observacional pues no se manipularon las variables, analítica pues existen dos variables, trasversal pues solo se midieron una sola vez, retrospectiva pues se revisaron historias clínicas.

4.1.2. Nivel de Investigación

Relacional pues se busca asociar las hemorragias del tercer trimestre con la morbilidad perinatal.

4.1.3. Método

Inductivo pues se analizaron las variables independientemente y luego en forma general.

4.2. Población y Muestra de la Investigación

4.2.1. Población

Son las gestantes atendidas para su parto en el Hospital Rene Toche Groppo durante el año 2012 al 2014 que es de 1680

4.2.2. Muestra

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	0.10 prevalencia de hemorragia del III Trimestre
q	=	1-p = 0.90
n	=	376

La muestra será obtenida de manera censal no probabilística.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestaciones que presentaron hemorragia en el tercer trimestre de la gestación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Hemorragias gestacionales antes del tercer trimestre.

Hemorragias por coagulopatías

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1. Técnicas

Será de tipo documental pues se revisaron las historias clínicas desde los años 2012 al 2014 que resulten elegidas para el estudio.

4.3.2. Instrumentos

Se elaborará una ficha de recolección de datos donde están plasmadas los datos que recogen los indicadores de las variables.

4.3.3. Técnica de análisis de datos

Los datos obtenidos fueron analizados en el programa SPSS v22 y las tablas se elaboraron en el programa Excel.

4.3.4. Ética

Los resultados fueron analizados en forma global respetando la autonomía de los pacientes a través de sus historias clínicas.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

DE RESULTADOS

Tabla N° 01

frecuencia SEGÚN CAUSAS DE LAS HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Causas de hemorragia	Frecuencia	Porcentaje
PLACENTA PREVIA	120	31.9%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	144	38.2%
ROTURA UTERINA	112	29.7%
NO HEMORRAGIA	376	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que el Desprendimiento prematuro de la placenta tienen una frecuencia de 38.2%, seguido de la Placenta previa con 31.9% y finalmente la Rotura uterina con 29.7% en el hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014.

Gráfico N° 01

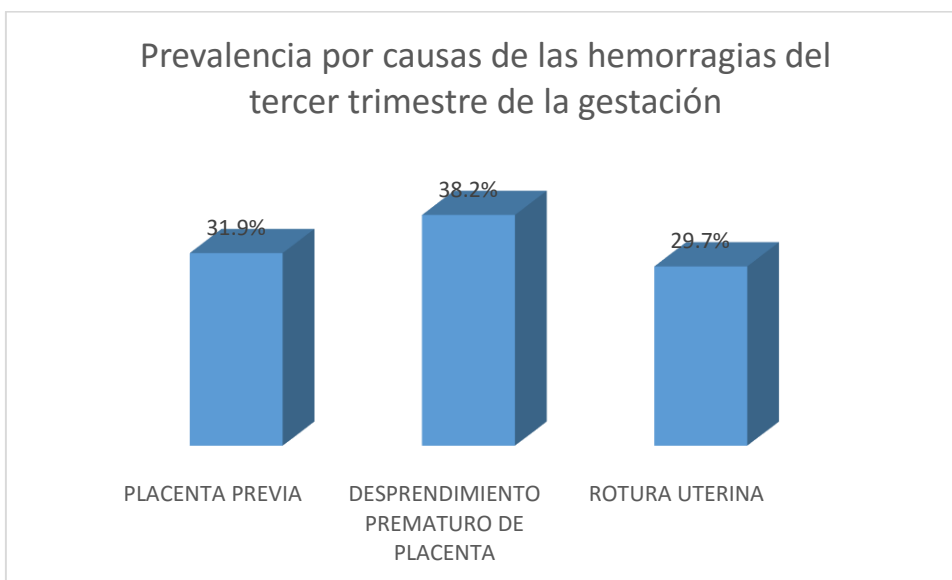


Tabla N° 02

**CONTROL PRE NATAL DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL
TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN**

Control Pre Natal	Frecuencia	Porcentaje
CPN COMPLETO	183	48.6%
CPN INCOMPLETO	193	51.3%
TOTAL	376	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que, el 48.6 % tuvieron controles pre natales completos y el 51.3% no completaron sus controles pre natales, en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014

Gráfico N° 02

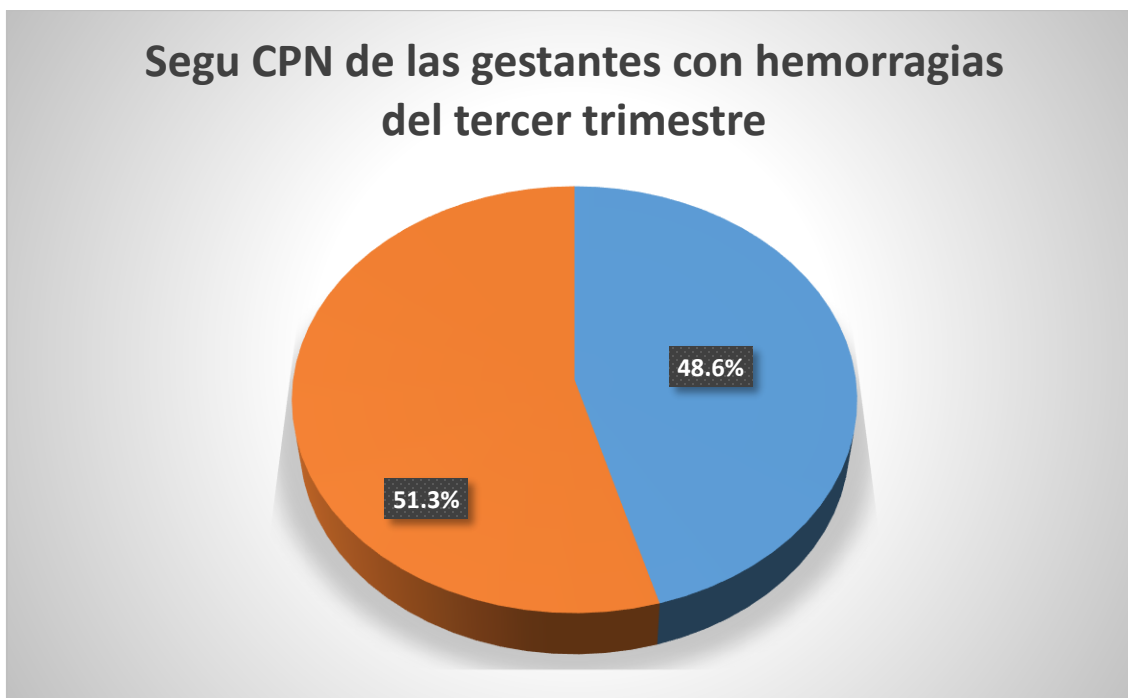


Tabla N° 03

**EDAD DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE
DE LA GESTACIÓN**

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
MENORES DE 20 AÑOS	112	29.7%
DE 20 AÑOS A MÁS	264	70.2%
TOTAL	376	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que, el 29.7% son gestantes menores de 20 años es decir adolescentes y el 70.2% son de 20 a más años, en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014

Gráfico N° 03



Tabla N° 04

EDAD DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
MENORES DE 20 AÑOS	112	29.7%
DE 20 AÑOS A MÁS	264	70.2%
TOTAL	376	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que, el 29.7% son gestantes menores de 20 años es decir adolescentes y el 70.2% son de 20 a más años, en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014

Gráfico N° 04



Tabla N° 05

NÚMERO DE GESTACIONES EN LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Número de gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
PRIMIGESTA	135	35.9%
MULTIGESTA	241	60.1%
TOTAL	376	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que, el 35.9% son primigestas y el 60.1% son multigestas en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014

Gráfico N° 05

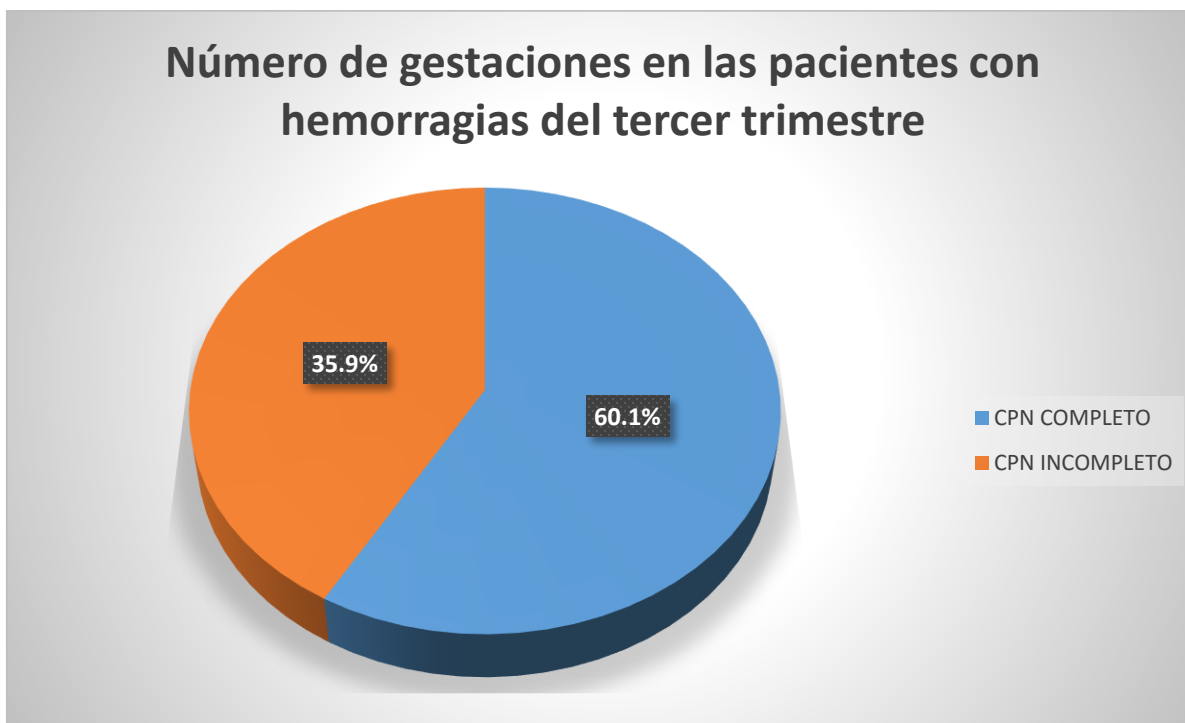


Tabla N° 06

**SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS
DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN**

Sufrimiento Fetal Agudo	Frecuencia	Porcentaje
CON SFA	214	56.9%
SIN SFA	162	43.9%
TOTAL	376	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que, el 56.9% presentaron sufrimiento fetal agudo y el 43.9% no tuvieron sufrimiento fetal agudo en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud de enero 2012 a diciembre 2014.

Gráfico N° 06



Tabla N° 07

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS
DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN**

Apgar del Recién Nacido a los 5 minutos	Frecuencia	Porcentaje
APGAR de 0 a 4	40	10.6%
APGAR de 5 a 8	190	50.3%
APGAR de 9 a 10	146	38.8%
TOTAL	376	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que, el 10.6% de los Recién Nacidos tuvieron APRGAR entre 0 a 4, 50.3% tuvieron APGAR entre 5 a 8 y el 38.8% tuvieron APGAR de 9 a 10.

Tabla N° 07

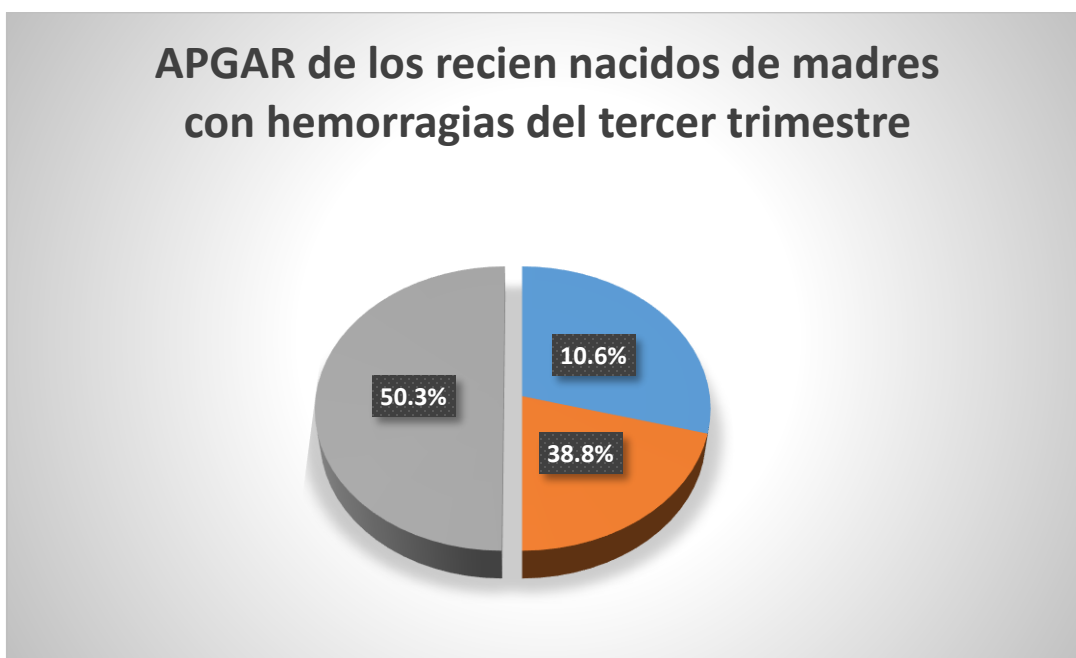


Tabla N° 8

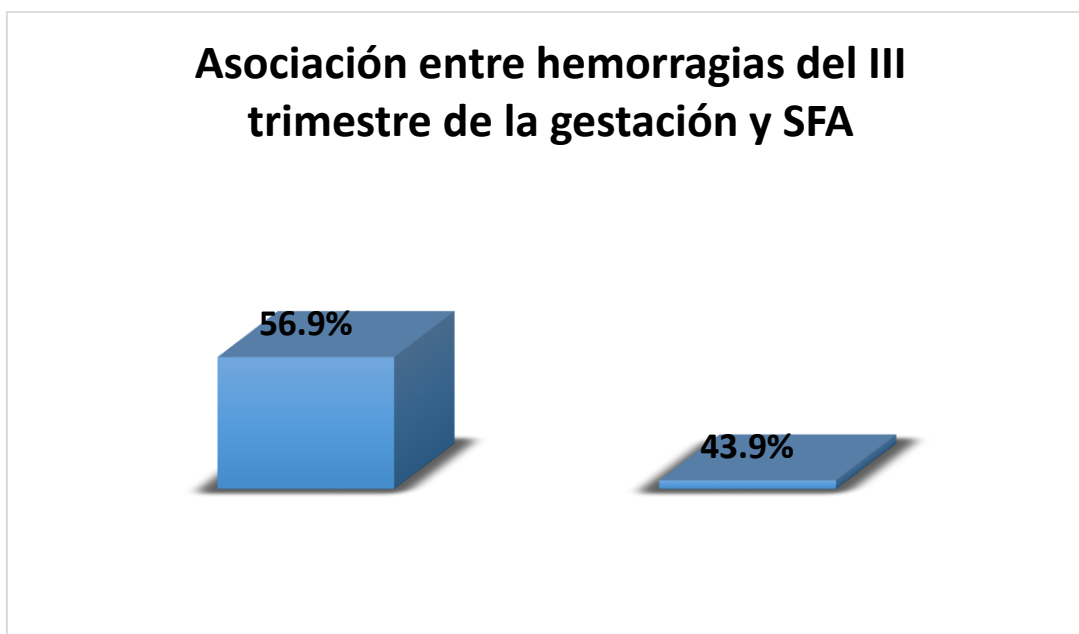
ASOCIACIÓN ENTRE LAS HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN Y LA MORBILIDAD PERINATAL

Hemorragia del tercer trimestre	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO		TOTAL
	SI	NO	
SI	214	162	376
	56.9%	43.9%	6.4%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra una mayor proporción de sufrimientos fetales agudos (56.9%) en el grupo de las gestaciones que presentaron hemorragias del tercer trimestre de la gestación, en comparación con las que no presentaron sufrimiento fetal agudo que solo son 43.9%.

Grafico N° 8



PRUEBA DE HIPÓTESIS 1

1.- Formulación de las hipótesis:

Ha: La hemorragia del tercer trimestre de la gestación influye en el APGAR del recién nacido

Ho: La hemorragia del tercer trimestre de la gestación NO influye en el APGAR del recién nacido

2.- Nivel de confianza

95%

3.- Estadístico

Chi cuadrado

4.- Cálculo del chi cuadrado

Chi cuadrado d Pearson= 80.128

$p= 0.000$

5.- Toma de decisión

Se rechaza Ho y se acepta Ha: La hemorragia del tercer trimestre de la gestación influye en el APGAR del recién nacido, aumentando la posibilidad de sufrimiento fetal agudo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS 2

1.- Formulación de las hipótesis:

Ha: La hemorragia del tercer trimestre de la gestación influye en la prematurez

Ho: La hemorragia del tercer trimestre de la gestación NO influye en la prematurez

2.- Nivel de confianza

95%

3.- Estadístico

Chi cuadrado

4.- Cálculo del chi cuadrado

Chi cuadrado d Pearson= 77.723

$p= 0.000$

5.- Toma de decisión

Se rechaza Ho y se acepta Ha: La hemorragia del tercer trimestre de la gestación influye en la prematurez, aumentando la posibilidad de nacer prematuro

DISCUSIÓN

En la investigación se encontró una prevalencia de hemorragias en el tercer trimestre de la gestación de 6.4% que complican la gestación y obligan a tomar medidas muchas de ellas terminan en la interrupción del embarazo por cesáreas en el Hospital Rene Toche Groppo Essalud Chincha.

La prevalencia de hemorragias del tercer trimestre según sus causas se encontró que la que presenta mayor prevalencia es el desprendimiento prematuro de placenta 38.2%, seguido de placenta previa con 31.9% y finalmente la rotura uterina con 29.7%. Y la rotura uterina se relaciona frecuentemente con cesáreas anteriores o por la maniobra de Kristeller que ambos estarían elevados en dicho hospital. Sornoza Aguilera, 2009 en su estudio hemorragias transvaginales durante el tercer trimestre del embarazo, fueron diagnosticadas con placenta previa (69 por ciento) y pacientes diagnosticadas con desprendimiento prematuro de placenta (31 por ciento), lo que se diferencia discretamente con lo encontrado en el estudio pues encontramos una mayor prevalencia de hemorragias por desprendimiento prematuro de la placenta en comparación con la placenta previa.

Del mismo modo se evaluó el número de controles prenatales de las gestantes que presentaron hemorragias del tercer trimestre encontrándose que el 66.7% presentó controles pre natales completas mientras que el 33.3% no presentó controles pre natales completas, la que les estaría poniendo en riesgo no solo para hemorragias, sino también para otras patologías. Del Águila Paredes R. 2012 en su estudio características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011 encontró que el 77% de las pacientes tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % no tuvieron ningún control prenatal resultados muy similares al encontrado por nosotros.

La edad de las gestantes es de la siguiente manera: el 26.2% son gestantes menores de 20 años y el 73.8% son de 20 a más años, lo que indica la importancia de la prevención pues ambos grupos etarios están riesgo de presentar muerte

materna según la severidad de la hemorragia. Pérez en el 2009, en su estudio⁶ atribuye ello a que las mujeres adolescentes por inmadurez del eje endocrino, y las climatéricas por involución son las más susceptibles de presentar hemorragias disfuncionales.

Se terminó el análisis descriptivo de las variables con la evaluación de las gestaciones de las pacientes encontrándose que el 42.8% de ellas son primigestas y el 57.2% son multigestas, lo que demuestra que la hemorragia del tercer trimestre casi tiene igual distribución según la edad. Del Águila Paredes R. 2012 encuentra que el 37 % presentaron entre 2 y 3 gestaciones previos y el 19 % eran nulíparas, datos que no concuerdan con lo encontrado en el estudio debido a que las realidades son distintas pues en áreas de la selva las gestaciones son más frecuentes.

Luego se realizó la asociación entre variables, así, se evaluó la influencia de la hemorragia del tercer trimestre de la gestación con el sufrimiento fetal agudo encontrando una fuerte influencia sobre el bienestar fetal con diferencias significativas como lo demuestra la $p= 0.000$, determinando que las hemorragias del tercer trimestre de la gestación aumentan la probabilidad de que el recién nacido presente sufrimiento fetal agudo.

De igual modo se relacionó la variable hemorragia del tercer trimestre de la gestación con la prematurez encontrando diferencias significativas $p= 0.000$ entre los grupos, así, se demuestra que las hemorragias del tercer trimestre aumentan la posibilidad de que el niño nazca prematuro.

CONCLUSIONES

1. La causa más frecuente de hemorragia del tercer trimestre de la gestación fue el desprendimiento prematuro de placenta con 38.8% en el hospital Rene Toche Groppo Cincha.
2. La causa menos frecuente de hemorragia del tercer trimestre de la gestación fue la rotura uterina con 29.7% en el hospital Rene Toche Groppo Cincha.
3. El sufrimiento fetal resulto con 56.9% en pacientes con hemorragias del tercer trimestre de gestación.
4. Las pacientes multigestas son las que tiene mayor frecuencia 60.1% de hemorragias del tercer trimestre de la gestacion
5. En las pacientes mayores de 20 años se presentan con mayor frecuencia 70.2% las hemorragias del tercer trimestre.
6. En los recién nacidos de madres con hemorragias del tercer trimestre el 10.4% tuvo el apgar mas bajo.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar a las autoridades para que nos permitan realizar charlas educativas en las pacientes que presentan hemorragias del tercer trimestre.
2. Recomiendo tener un área establecida y personal capacitado para el área de psicoprofilaxis, para realizar sesiones educativas que nos permitan enseñarle a la paciente a reconocer los signos de alarma.
3. Diagnóstico precoz y manejo oportuno de las hemorragias del tercer trimestre a fin de minimizar el daño al recién nacido sin descuidar la vida de la madre.
4. Captar precozmente a las pacientes mayores de 20 años ya que en ellas se presentan mayormente las hemorragias del tercer trimestre.
5. Recomiendo realizar seguimiento oportuno a las pacientes que presenten dichos factores de riesgo y puedan presentar una hemorragia del tercer trimestre.
6. Recomiendo que el profesional que atendió el parto es quien debe llenar correctamente la historia clínica ya que es un documento médico legal para evitar sesgos en la información de la evolución de la paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence y determinantes del histerectomía periparto. ACOG 2012;108(6):1486-92.
2. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Histerectomía periparto. Incidence and morbilidad maternal. Acta Obstet. Gynecol. Scand 2013;80:409-12.
- 3.- Canache Campos, Luzardo Antonio; Castejón, Olivar. Desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta. Salud;16(2):9-14, ago. 2012. ilustración, gráfico, tabla.
- 4.- Sornoza Aguilera, Rosa; Soto Espinoza, Ricardo; Lindao Chalén, Miguel; Rugel Langarano, Leopoldo; Galarza Zambrano, Sofía; Cabrera Yáñez, Virginia. Hemorragias transvaginales durante el tercer trimestre del embarazo Medicina (Guayaquil);4(3):219-23, 2009. gráfico.
- 5.- Velasco Murillo, Vitelio; Cardona Pérez, Jorge A; Madrazo Navarro, Mario. Complicaciones hemorrágicas de origen obstétrico. Prevención y tratamiento Rev. méd. IMSS;36(5):395-405, sept.-oct. 2008.
- 6.- Pérez, Luis. Hemorragia uterina disfuncional. Rev. Colomb. obstet. ginecol; 48(3):203-6, jul.-sept. 2009. gráfico.
- 7.- Del Águila Paredes R. "Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011".
- 8.- Diaz Hajar, Maria Luz. Grado de uso de la guía de atención de emergencias en hemorragia obstétrica severa y su correlación con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009. Lima; s.n; 2011. 66 p. gráfico. Presentada en Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina para obtención del grado de Maestría.

- 9.- Malvino, E; Curone, M; Lowenstein, R; Ferro, H; Korin, J; Bruno, C; Lantos, J. Hemorragias obstétricas graves en el período periparto Med. intensiva;17(1):21-9, 2010. Tab.
10. Baskett TF. Histerectomía por emergencia obstétrica. J ObstetGynecol 2013;23(4):353-5.
11. Gray RH, Doyle PE. The Epidemiología de la conception y fertilidad. En Obstetrical Epidemiology. London Academic Press, 2009
12. Stein Z. Edad de la madre: Influencia y complicaciones en el recién nacido. Am J. Epidemiol2009; 121:327-422
13. Schwarcz, Fescina, y Duverges. Hemorragias en la gestación. Obstetricia, 6ta edición Buenos Aires, El Ateneo. 2012. Pag 175
14. Bajo Arenas JM, y Col. Fundamentos De Obstetricia SEGO, Madrid, Graficas Marte SL 2009
- 15.- Diccionario MOSBY Pocket de Medicina y Enfermería y Ciencias de la Salud.4ta Edición, 2009. Editorial ELSEVIER
- 16.- Día Mundial de la Salud [sede Web]. Organización Mundial de la Salud: Suiza 2010. Mensajes para el Día Mundial de la Salud: Disponible en:
<http://www.who.int/world-health-day/2005/toolkit/messages/es/index1.html>
- 17.- Cuevas Ortiz L. Informe final 2012, vigilancia de mortalidad materna y perinatal Semanas 1-52. Instituto Nacional de Salud; 2012. p. 11-28.
- 18.- SOGC Guía práctica clínica. Diagnóstico y manejo de la placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 2009; 29(3):261-6.
- 19.- Sinha P, Kuruba N. Hemorragia ante parto: Una actualización. J Obstet Gynaecol. 2008 May; 28(4):377-81.

- 20.- Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2009; 107:927-41.
- 21.- Claydon CS, Pernoll, ML. Hemorragia vaginal en el tercer trimestre. Editors. *Current obstetric & gynecologic.* 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2013. p.354-68.
- 22.- Cabeza Cruz E, Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Infección vaginal. En: García Hernández ML, editor. *Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p.34-40.
- 23.- Hernández Izaguirre BM, García García J. Semiología ginecológica y trastornos menstruales En: Socarrás Ibáñez N, editor. *Manual de enfermería ginecobstetricia. Programa, guías y temas.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2010. p.113-30.
- 24.- Organización Panamericana de la Salud: *Salud de las Américas,* Washington, D.C.: OPS; 2008.
1. Botella J, Clavero JA. Las gestosis. Coagulopatías gravídicas. En: Botella J, Clavero JA. *Tratado de Ginecología.* La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2011. p. 69-90.
- 25.- Ríos R. Coagulopatías en el embarazo. En: Routi AM y cols. *Obstetricia y Perinatología.* Asunción: EFACIN-EDUNA; 2010. p .1073-86.
- 26.- Cunnigham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstron KD. Hemorragia Obstétrica. En: Cunnigham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstron KD. *Williams Obstetricia.* Montevideo: Editorial McGraw-Hill; 2012. p. 533-76.
- 27.- OMS. Obstetricia. En: OMS. *El uso clínico de la sangre en Medicina, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia.* Ginebra: OMS; 2011. p .227-46.

28.- Almagro D. La hemostasia en el embarazo. Rev Cubana Hematología e Inmunol Hemoter. 2010;16(2):90-8.

29.- Hurtado R, García-Frade LF. Alteraciones hematológicas durante el embarazo. Anestesia Méx. 2008;20(2):75-84.

30.- Brenner WE, Edelman DA, Hendricks CH. Características de los pacientes con placenta previa y resultados del manejo expectante. Am J Obstet Gynecol 2008; 132(2):180-91.

31.- Lilja GMC. Placenta previa, tabaquismo materno y riesgo recurrente. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 74(5):341-5.

ANEXOS



FICHA DE DATOS

N° de Ficha.....

N° HC.....

1. **Edad**.....

2. **N° partos**.....

3. **N° CPN**.....

4. **Hemorragia del tercer trimestre**

(Si)

(NO)

5. **Causas:**

Morbilidad perinatal:

(SI)

(NO)

6. **Tipo de morbilidad**

Sufrimiento fetal agudo: (SI)

(NO)

Prematuro: (SI)

(NO)

7. **Apgar del recién nacido**

0 a 4 :

5 a 8 :

9 a 10 :