



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DEL AREA DE LA SALUD
INSTITUTO MEXICANOS DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 36 DEL IMSS
CENTRO MEDICO NACIONAL MANUEL AVILA CAMACHO

“RESULTADOS PERINATALES DE PACIENTES CON SANGRADOS DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRES DEL EMBARAZO COMPARADO CON PACIENTES CON EMBARAZO SIN SANGRADO TRANSVAGINAL”

TESIS DE ESPECIALIDAD

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. SÁNCHEZ COLÍN WENDY ZARAHÍ

DIRECTORES DE TESIS

DRA. DOLORES GUILLERMINA MARTINEZ MARIN
Medico Gineco-obstetra – Materno fetal.

DR. ALEJANDRO TABOADA COLE
Medico ginecoobstetra- Colposcopista.
Maestro en ciencias
Jefe de enseñanza en HGR 36

No. De registro R 2013-2102-23

PUEBLA, PUEBLA 2015.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2102
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUM 36, PUEBLA

FECHA 07/10/2013

DRA. DOLORES MARTINEZ MARIN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

RESULTADOS PERINATALES DE PACIENTES CON SANGRADOS DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRES DEL EMBARAZO COMPARADO CON PACIENTES CON EMBARAZO SIN SANGRADO TRANSVAGINAL

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2102-23

Dra. María del Socorro Taboada Mondragón
Jefatura de División de Educación e Investigación en Salud
IMSS Mat. 6802737
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

ATENTAMENTE

M.C. GLORIA RAMOS ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2102



IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

IMSS
Jefatura de División de Educación e Investigación en Salud



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36.

PUEBLA, PUE. A 23 DE ABRIL DE 2015

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

ASESOR:

DRA. DOLORES GUILLERMINA MARTÍNEZ MARIN

DR. ALEJANDRO TABOADA COLE

DE LA TESIS TITULADA:

“RESULTADOS PERINATALES DE PACIENTES CON SANGRADOS DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRES DEL EMBARAZO COMPARADO CON PACIENTES CON EMBARAZO SIN SANGRADO TRANSVAGINAL”

REALIZADA POR EL MEDICO RESIDENTE:

Dr. Wendy Zarahí Sánchez Colín

DE LA ESPECIALIDAD DE: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HACER CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL *R-2013-2102-23* PROPORCIONADO POR EL SISTEMA DE REGISTRO DE LINEA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (SIRELCIS).

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

DR. ALEJANDRO TABOADA COLE
GINECOLOGO COLPOSCOPISTA
BUZOS C.P. 491210

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por sus bendiciones, enseñanzas y sabiduría, que han sabido guiar mis pasos y ser mi gran apoyo en momentos de debilidad.

A mis padres Bonfilio y María de los Ángeles por su guía, apoyo incondicional y su grande amor.

A mi hermosa hija Miranda Elizabet la cual es mi fuerza y fuente de motivación para seguir adelante. Gracias por tu comprensión y amor pequeña.

A mi hermano Orlando por su compañía, comprensión y amor.

A la Dra. Guillermina Dolores Martínez Marín por sus enseñanzas y su apoyo durante estos años.

A mis maestros, que han sembrado en mí el conocimiento, la perseverancia y la superación.

A mis compañeros por todas las vivencias que compartimos guardia a guardia.

A la mujer morelense y poblana por permitirme construir el conocimiento y la destreza quirúrgica.

CONTENIDO

1. RESUMEN.....	6
2. ANTECEDENTES.....	7
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5. OBJETIVOS.....	20
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
7. CONSIDERACIONES ETICAS.....	29
8. RESULTADOS	30
9. DISCUSIÓN.....	37
10. CONCLUSION.....	38
11. BIBLIOGRAFÍA.....	39
12. ANEXOS.....	41

RESUMEN

RESULTADOS PERINATALES DE PACIENTES CON SANGRADOS DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRES DEL EMBARAZO COMPARADO CON PACIENTES CON EMBARAZO SIN SANGRADO TRASVAGINAL.

Martínez-Marín DG *, Taboada-Cole A**, Sánchez Colín WZ ***.

Médico Materno-Fetal, Hospital General Regional No. 36, alumna de la maestría en ciencias médicas BUAP*; Ginecoobstetra, Hospital General Regional no. 36 **, Residente de cuarto año Ginecología ***.

Palabras clave: Sangrado trasvaginal, primer trimestre, segundo trimestre, resultados perinatales, embarazo normo evolutivo.

Introducción: El sangrado durante el embarazo es causa de morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna. Una de las primeras causas de muerte en mujeres entre 15 y 49 años de edad es por complicaciones del embarazo. De estas complicaciones, la hemorragia puede ser de las más importantes en países en vías de desarrollo. El sangrado trasvaginal en el primer trimestre del embarazo no es un fenómeno raro, ocurre en aproximadamente 20% de los embarazos. El sangrado durante el embarazo se relaciona con resultados perinatales adversos, como abortos, parto pre término, ruptura prematura de membranas, placenta previa entre otros.

Objetivo: Comparar los resultados perinatales de pacientes con sangrado trasvaginal de primer y segundo trimestre del embarazo con pacientes con embarazo sin presencia de sangrado trasvaginal en el primer y segundo trimestre.

Tipo de estudio: comparativo, observacional, transversal, retrolectivo, homodémico, y unicéntrico

Material y métodos: se incluyeron 200 pacientes embarazadas que ingresaron para resolución del embarazo derechohabientes del IMSS a las cuales se les realizó una entrevista y se compararon los resultados perinatales de pacientes que cursaron con sangrado trasvaginal en el primero y segundo trimestres, con pacientes que no presentaron sangrado trasvaginal en el embarazo. Comparándose cada una con otra paciente cuya terminación del embarazo sea a la misma edad gestacional y que no haya presentado sangrado durante el mismo.

Resultados y conclusiones: El estudio demostró que existe una asociación entre el presentar sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo y el desarrollo de parto pre termino, peso bajo al nacer, así como al desarrollo de restricción del crecimiento intrauterino y el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta; con una OR > 1 en todos los casos.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Sin embargo conlleva un riesgo considerable para la madre y su hijo. Por fortuna la mayor parte del riesgo ocurre en una minoría de pacientes. (1,2)

Por tanto es prudente identificar a las que corren riesgo e intentar prevenir la morbilidad y mortalidad. Algunos factores que contribuyen al riesgo son bastante obvios, pero otros son muy sutiles. Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. (2)

El sangrado genital es un motivo de consulta frecuente durante toda la gestación. Su origen es generalmente materno y no fetal. El diagnóstico es inicialmente clínico y provisorio, basado en la edad gestacional y en las características del sangrado (cuantía, dolor asociado, características del dolor). El laboratorio y la ultrasonografía permiten confirmar o modificar el diagnóstico inicial. (2,3)

El embarazo puede cursar con múltiples complicaciones. El sangrado es una de las complicaciones más comunes en el primer trimestre del embarazo y puede deberse a una de las siguientes causas (figura 1):

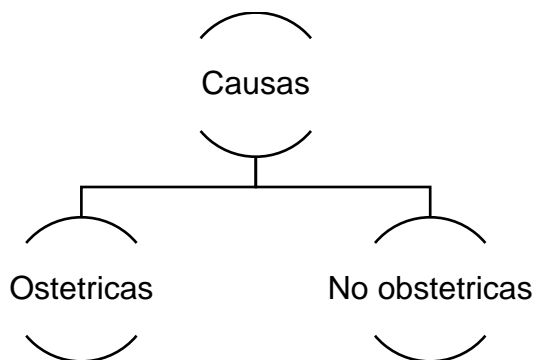


Figura 1. Causas de tipos de sangrado en el embarazo

ETIOLOGIA OBSTÉTRICA

ABORTO

Se define como aborto la interrupción espontánea del embarazo antes de alcanzar la viabilidad fetal. Es la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de 500 gramos o menos que corresponde a una gestación de 20 a 22 semanas. (1,3)

La única causa bien conocida de aborto es la alteración cromosómica del embrión, que se asocia a 50-60% de las pérdidas gestacionales precoces. Por lo tanto, no sorprende que la tasa de abortos también aumente con la edad materna. Otras causas de aborto conocidas incluyen enfermedades endocrinas, defectos anatómicos del tracto genital femenino, infecciones, factores inmunes, agentes químicos, enfermedades metabólicas hereditarias, traumatismos, enfermedades maternas y factores psicológicos. (2,3)

Existe una variedad de tipos de aborto y de acuerdo a esta es el tipo de tratamiento que se otorga. (Cuadro 1.)

Cuadro 1. Tipos de aborto y sintomatología.

	Amenaza de aborto	Aborto inevitable	Aborto diferido	Aborto incompleto	Aborto completo	Aborto séptico
Sangrado	Escaso	Presente	Puede estar presente	Abundante	Abundante a escaso	Puede estar presente
Dolor cólico en hipogastrio	Presente en la mayoría de los casos	Puede estar presente	Puede estar presente	Puede estar presente	Leve	Puede estar presente
Modificaciones cervicales	Ausentes	Presentes con ruptura de membranas	Ausentes	Presentes	Ausentes	Pueden estar presentes
Fiebre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Diagnostico	Clínico ecografía	Clínico y ecografía	Ecografía	Clínico ecografía	Clínico y ecografía	Clico ecografía BH
Tratamiento	Reposo tocolítico	Maduración cervical y posterior a la expulsión LUI	LUI o AMEU	LUI o AMEU	Vigilancia	Antibióticos y LUI

En los casos de aborto incompleto o aborto inevitable, con el cuello uterino dilatado, el tratamiento en general es el legrado uterino, si bien en la actualidad, y con la disponibilidad de ultrasonografía, puede en ocasiones permitirse el manejo expectante y la resolución espontánea. En los abortos retenidos el manejo puede ser expectante o médico-quirúrgico dependiendo fundamentalmente de la edad gestacional al momento del diagnóstico. (3)

EMBARAZO ECTOPICO

El embarazo ectópico se define como todo embarazo implantado fuera de la cavidad endometrial. En el 97% de los casos se sitúa en las trompas de Falopio (55% en la porción amputar, 25% en el istmo y 17% en las fimbrias), y el 3% restante en la cavidad abdominal, ovarios y cérvix. Su incidencia es de al menos 1 en 100 embarazos. (4)

Fisiopatológicamente el cérvix muestra los signos tempranos usuales de embarazo, mientras que el útero solo exhibe un crecimiento mínimo. El endometrio contiene decidua y tiene la apariencia microscópica denominada “reacción de Arias-Stella” Su diagnóstico se realiza por clínica y con ayuda de auxiliares como ecografía y estudios de laboratorio. Se caracteriza clínicamente por dolor abdominal, hemorragia vaginal y masa pélvica. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico. (3,4)

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un espectro de procesos patológicos caracterizados todos ellos por una proliferación normal del trofoblasto y por la capacidad de secretar gonadotropina coriónica que se convierte en un excepcional marcador de la enfermedad. Dentro de esta denominación incluye la mola hidatiforme completa, incompleta, invasiva y los tumores trofoblásticos gestacionales, coriocarcinoma y tumor del lecho o sitio placentario. (4)

Todos los tumores de la ETG son resultado de una aberración genética. La mola hidatiforme se origina de la fertilización de un huevo vacío con un solo espermatozoide seguida de la reduplicación de los cromosomas haploides. Por tanto los embarazos molares son diploides (46 XX). Las molas parciales son triploides (69 XXX o 69 XXY) y el mecanismo es la fertilización de un huevo haploide con dos espermatozoides. Aunque las molas hidatiformes conllevan a un

riesgo de malignidad del 20% los embarazos triploides rara vez son malignos. Todos estos tumores tienen un marcador tumoral característico. (4)

La mola hidatiforme se desarrolla en uno de cada 1500 embarazos en Estados Unidos y en 1 en cada 125 en México. A menudo se relaciona con un embarazo molar previo, nivel socioeconómico bajo, ciertas localizaciones geográficas, dieta deficiente, y edad menor de 20 o mayor de 40 años. (5,6)

Los hallazgos clínicos frecuentes incluyen hemorragia uterina, en el primer trimestre (90%), expulsión de vesículas (80%), crecimiento rápido del útero, múltiples quistes de la teca luteína que crecen en uno o ambos ovarios (15 a 30%), hiperémesis gravídica (10%), inicio de hipertensión inducida por el embarazo en el primer trimestre (90%), hipertiroidismo materno, anemia o ausencia de tonos cardiacos fetales. (3)

Para realizar el diagnóstico de ETG (sobre todo la mola hidatiforme) en el primer trimestre se realiza mediante las determinaciones de HGC y la ultrasonografía es imprescindible. El tratamiento consiste en dilatación cervical y evacuación uterina en cuanto se confirma el diagnóstico. El curetaje con succión es seguro en úteros que tienen un tamaño menor al de 28 semanas de gestación. Las pacientes con útero más grande tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones y requieren precauciones para procedimientos de urgencia, como histerectomía, histerotomía, ligadura de arteria hipogástrica y trasfusión masiva. (3,4)

El examen con un espéculo vaginal puede revelar las causas no obstétricas de sangrado, como cervicitis, vaginitis, la cistitis, el trauma, el cáncer cervical, o pólipos; o las causas no vaginales de sangría, como hemorroides (Cuadro 2)

Cuadro 2. Causas no obstétricas de sangrado vaginal.	
Ginecológicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Laceración vaginal ✓ Trauma cervical ✓ Infecciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Vaginitis ○ Cervicitis ○ Enfermedades de transmisión sexual ✓ Poscoital ✓ Pólipo cervical ✓ Malignidad
Urinario	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infecciones del tracto urinario ✓ Nefrolitiasis ✓ Rectal ✓ Hemorroides ✓ Fisura rectal ✓ Colitis ulcerativa ✓ Enfermedad de Crohn
Medicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trombofilia ✓ Anticoagulación

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

El sangrado durante el embarazo es causa de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna. Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo se producen aproximadamente 500 000 muertes maternas, de las cuales 25% corresponden a muertes por hemorragia, principalmente postparto, 19% corresponden a muertes por toxemia, 19% a infecciones, 13% a aborto y 9% a parto obstruido. (5)

Una de las primeras causas de muerte en mujeres entre 15 y 49 años de edad es por complicaciones del embarazo. De estas complicaciones, la

hemorragia puede ser de las más importantes en países tercermundistas. La muerte materna es un indicador de desarrollo económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y la respuesta del sistema de salud. (5,6)

El sangrado vaginal en el primer trimestre es común en el embarazo con una incidencia por arriba del 20 a 27% y para cerca de la mitad de estas mujeres el embarazo terminara en aborto. (7) De hecho, aproximadamente un 30% de los embarazos se pierde en el primer trimestre. El diagnóstico diferencial del sangrado en el primer trimestre debe incluir variedades de aborto (amenaza de aborto, aborto incompleto o completo, aborto retenido, aborto inevitable), embarazo ectópico y enfermedad del trofoblasto. Sin embargo, la evaluación de la paciente permitirá también descartar otras causas más infrecuentes (hemorragia de la implantación, hemorragia cervical o vaginal). (7)

Muchos investigadores han examinado la asociación entre el sangrado vaginal durante el embarazo antes de la viabilidad y el resultado neonatal adverso. La mayoría de estos informes ha evaluado el resultado perinatal después de una hemorragia en el primer trimestre y ha relatado las amplias gamas de pérdida perinatal. (7)

El riesgo de sangrado se incrementa después de una técnica de reproducción asistida, y se correlaciona con el número de embriones transferidos. Además se ha

correlacionado que aumenta el riesgo de aborto; y en embarazadas con esta complicación en el primer trimestre se encontró relación con recién nacidos con peso bajo, pero una relación directa no ha podido ser demostrada. (8)

El sangrado en el primer trimestre es a menudo un signo de amenaza de aborto y es alarmante tanto para el paciente como para el médico. Esta condición clínica se diagnostica en ausencia de dilatación cervical y es susceptible de

tratarse exitosamente en aproximadamente 50% de los casos. El aborto se asocia en 50 a 75% de los casos con defectos de cromosomas, con enfermedad materna (endocrinológica, inmunológica, infecciones) o con disfunción placentaria. (8,9)

Recientemente un estudio de Lyke y cols. En el 2012 encontraron relación en que un sistema cardiovascular materno vulnerable predispone a sangrados del primer trimestre con pérdida del embarazo y a su vez incrementa el riesgo de enfermedad isquémica cardiovascular materna. (7)

El aborto en el embarazo temprano se encuentra presente con frecuencia y la mayor parte de mujeres están conscientes que este acontecimiento trágico potencialmente puede ocurrir en cualquier embarazo. Sin embargo, una vez que un embarazo se extiende más allá del primer trimestre, este miedo se disipa, sobre todo si la mujer nunca ha experimentado ningún sangrado previo. (10,11)

Se puede tomar un manejo médico expectante si la paciente se encuentra estable y si no hay una masa anexial o signo clínico de hemorragia intraperitoneal discriminatorio como hipotensión con otros síntomas de hemoperitoneo (por ejemplo, dolor abdominal, ruidos intestinales ausentes, abdomen distendido) puede apuntar a un embarazo ectópico roto que requiere una rápida hospitalización inmediata para evaluación. (12)

Criterios utilizados en la ecografía transvaginal y la subunidad beta de la HGC son pruebas que ayudan a establecer la posible causa del sangrado. (1,12)

Cuando la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana alcanza niveles entre 1500 y 2000 mIU por ml, un embarazo normal debe exhibir un saco gestacional por ecografía transvaginal. Un nivel muy elevado de la subunidad beta de hormona gonadotropina coriónica puede indicar que se trata de una enfermedad trofoblástica. (1,12)

Ecográficamente cuando el saco gestacional es mayor a 10 mm, el saco de Yolk debe estar presente. Un embrión vivo debe exhibir actividad cardíaca cuando

la longitud cráneo caudal es mayor a 5mm. En un embarazo normal la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana aumenta 80% cada 48 horas. La ausencia de cualquier hallazgos normal discriminatorio concluye en un fracaso del embarazo temprano pero no distingue entre un embarazo ectópico y un embarazo intrauterino fallido. La presencia de una masa anexial y liquido libre en cavidad representa un embarazo ectópico hasta no demostrara lo contrario. (13)

La dilatación cervical significativa o los productos visibles de la concepción son indicativos de un aborto inevitable. Tejido puede ser removido por una tracción suave con pinzas de anillo, y puede ser enviado a patología para confirmación diagnóstica. La fiebre y el dolor anexial o síntomas peritoneales pueden indicar que se trata de un embarazo séptico. El tratamiento para el aborto séptico es urgente, incluyendo la administración inmediata de antibiótico y evacuación uterina. (13)

Por definición, el sangrado antes de 20 semanas de gestación constituye amenaza de aborto, pero la mayoría de tales embarazos progresa normalmente. La evaluación depende de la historia del paciente, signos y síntomas. Si se conoce, el tiempo desde la última menstruación normal de la paciente se puede usar para estimar la edad gestacional. En pacientes estables, el examen físico incluye la documentación de la posición y tamaño del útero, la auscultación del corazón fetal por Doppler, además de un examen bimanual. (12,13)

Estudios anteriores han demostrado que sangrados transvaginales en el primer trimestre se han relacionado con nacimiento pre término. Esto podría estar correlacionado a que los hematomas retroplacentarios conduzcan a contractilidad uterina aumentada y en última instancia a contracciones prematuras y nacimiento. (1,14)

Por lo tanto, cuando el sangrado ocurre en el segundo trimestre, una ansiedad enorme se desarrolla y muchos pacientes buscan respuestas. Hay datos limitados sobre el resultado perinatal con el sangrado en el segundo trimestre. Cuando el sangrado se desarrolla en la gestación entre las 16 y 24 semanas, está relacionada con placenta previa o alguna patología de la placenta. (1,14)

En un reciente estudio poblacional (Wittels et al.) ha demostrado que el sangrado transvaginal es un factor de riesgo independiente para resultados obstétricos adversos y estos son directamente proporcionales a la cantidad del sangrado, en este estudio se demostró que el peor resultado perinatal se obtuvo con sangrados de complicaciones relacionadas con la placenta, pacientes que reportaron un sangrado ligero demostraron un incremento en el riesgo para pre eclampsia, parto pre término, desprendimiento placentario y cesárea. (17)

En un estudio se encontró que la edad materna avanzada incrementa el riesgo para sangrado transvaginal durante el embarazo y también encontraron una relación con exposición pasiva al tabaco. Especialmente el riesgo aumenta con parto pre término previo, aborto múltiple espontáneo o inducción de aborto. (15)

Varios estudios han demostrado que la mortalidad materna periparto es alta en mujeres en quienes experimentaron sangrado vaginal en la segunda mitad de sus embarazos, especialmente en casos de sangrado recurrente. (1, 15)

El sangrado transvaginal puede aparecer en cualquier etapa del embarazo y requiere un extenso trabajo para reconocer la causa y establecer un tratamiento adecuado. (16)

La etiología del sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo es variada y puede originarse desde útero, cérvix y vagina o como una consecuencia de un desorden sistémico. La hemorragia en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto pre término, causa principal de morbimortalidad perinatal, además de que también se puede asociar a sufrimiento fetal agudo y a óbito fetal. Por otro lado, tanto el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) como la placenta previa pueden ser causantes de sangrado materno importante, a veces a asociado a coagulación intravascular diseminada (CID) – sobre todo en casos de DPP y óbito fetal-, siendo necesarias con cierta frecuencia las transfusiones de hemoderivados. (1,17)

JUSTIFICACIÓN

La literatura mundial reporta que el sangrado transvaginal es causa de importante morbilidad incluso mortalidad perinatal y materna. A su vez se ha relacionado con resultados perinatales adversos como lo es el aborto, parto pre término, etc.

Es necesario conocer en nuestra población los resultados perinatales de las pacientes que cursan con sangrado trasvaginal del primer o segundo trimestre e identificar el grupo de pacientes más vulnerable a desarrollar resultados perinatales adversos.

Lo anterior justifica la elaboración del presente trabajo de investigación.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Es sabido que las pacientes que cursan con sangrado transvaginal durante el primer y segundo trimestre del embarazo tienden a desarrollar resultados perinatales adversos, aumentando la incidencia de patologías maternas y neonatales que afectan y tienen impacto deletéreo sobre la vida futura de la madre y el hijo.

Por lo anteriormente planteado surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los resultados perinatales de las pacientes que presentan sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo comparado con pacientes con embarazo sin sangrado trasvaginal?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar los resultados perinatales en pacientes con sangrado trasvaginal en el primer y segundo trimestres del embarazo con pacientes sin presencia de sangrado trasvaginal en el embarazo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir los resultados perinatales de las pacientes que presentaron sangrado del primer y segundo trimestre.
- Describir los resultados perinatales de las pacientes que presentaron un embarazo normoevolutivo.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

Por el objetivo: Comparativo.

Por la asignación de la maniobra: Observacional.

Por el grupo de población a estudiar: Homodémico.

Por la temporalidad: trasversal

Por la recolección de datos: retrolectivo

Tipo de unidades participantes: unicéntrico

Ubicación temporal

La investigación se llevó a cabo en un periodo de 6 meses que comprendió de octubre de 2013 a marzo de 2014, en el Hospital General Regional 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Puebla.

Estrategia de trabajo

Una vez aprobado este protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación en Salud se procedió a invitar a participar en el estudio a pacientes que se encontraban en el área de puerperio de bajo riesgo y piso del servicio de gineco-obstetricia, internadas para la resolución de su embarazo a las cuales se les realizó una historia clínica que tuvo como principal objetivo identificar a las pacientes que presentaron sangrado trasvaginal en el primer y segundo trimestres del embarazo, y posteriormente se obtuvieron los resultados perinatales de todas las pacientes a la resolución del embarazo, con el fin de obtener la población de estudio, de las cuales se llevó a cabo un análisis y se obtuvieron conclusiones de los mismos para comparar los resultados perinatales de las pacientes de ambos grupos, es decir de las que presentaron sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo con las que no presentaron dicho evento.

MARCO MUESTRAL

Universo del estudio

Pacientes puérperas derechohabientes de IMSS Puebla que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Regional No. 36 para resolución del embarazo.

Sujetos de estudio

Pacientes puérperas que se encuentren en el servicio de puerperio de bajo riesgo y piso de ginecología y obstetricia, derechohabientes del IMSS que accedan a ser incluidas en el estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Pacientes puérperas que presenten o no el antecedente de sangrado en el primer y segundo trimestre del embarazo que se encuentren en el Hospital General no. 36, IMSS que acepten ser incluidas en el estudio.

Criterios de eliminación.

- Pérdida de información

Diseño y tipo de muestreo

- Muestreo no probabilístico

Tamaño de la muestra

Conveniente y limitado por el tiempo.

VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

Definición de variables

Sangrado de primer trimestre	Definición conceptual	Salida de sangre a través de vagina en cantidad variable de causa multifactorial presente durante el primer trimestre del embarazo.
	Tipo de Variable	Nominal.
	Definición operacional	Salida de sangre a través de vagina de cantidad variable en cualquier momento entre la concepción y la semanas 12.6 del embarazo.
	Escala de medición	Presente Ausente
Sangrado de segundo trimestre	Definición conceptual	Salida de sangre a través de vagina en cantidad variable de causa multifactorial presente en el segundo trimestre del embarazo
	Tipo de Variable	Nominal
	Definición operacional	Salida de sangre a través de la vagina en cualquier momento entre la semana 13 a 27.6 semanas del embarazo
	Escala de medición	Presente. Ausente.
Resolución de la gestación	Definición conceptual	Culminación del embarazo humano inducido o no, por medio de parto vaginal o por cesárea.
	Tipo de Variable	Nominal.

	Definición operacional	Técnica utilizada para extracción del producto.
	Escala de medición	Cesárea. Parto vaginal.
Edad gestacional	Definición conceptual	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. Se basa en FUR y/o Ultrasonido traspolado.
	Tipo de Variable	Cuantitativa
	Definición operacional	Determinación de las semanas de gestación por ultrasonido y/o FUR.
	Escala de medición	6 -13 14 - 20 21 - 27 28 - 36 De 37 a 40 semanas. Mayor a 40 semanas.
	Resultados perinatales	Definición conceptual
	Tipo de variable	Nominal
	Definición operacional	Pre eclampsia Ruptura prematura de membranas Óbito Restricción de crecimiento intrauterino Peso bajo para edad gestacional

		Parto pre término Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
	Escala de medición	Presente Ausente

Métodos de recolección de datos.

La obtención de la información se llevó a cabo por medio de la realización de una historia clínica directa. Consulta del expediente clínico.

Técnicas y procedimientos

Una vez aprobado este protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación en Salud se procedió a invitar a participar en el estudio a pacientes puérperas que llegaron al hospital para resolución de su embarazo, a las cuales se les realizó una entrevista con lo que se procedió a llenar la hoja de recolección de datos con el fin de obtener la población de estudio, de las cuales se llevó cabo un análisis y conclusiones de los resultados perinatales de las pacientes que cursaron un embarazo sin la presencia de sangrado trasvaginal en comparación de pacientes con presencia de sangrado trasvaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo.

LOGISTICA

Recursos humanos: investigador, médicos residentes de segundo y tercer año de Ginecología y Obstetricia, asesor experto, asesor metodológico.

Recursos materiales: computadora personal, bolígrafos, lápices, artículos de oficina, programa de software: hoja de cálculo y procesador de texto, impresora.

Recursos financieros: financiado por los investigadores del proyecto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se llevó a cabo dentro de los principios éticos en el campo de la salud de investigación.

El estudio fue aprobado por el Comité Local de investigación en Salud.

En la presente investigación se dio cumplimiento al artículo 113 de la Ley General de Salud que expresa: La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y la experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de contar con la autorización del jefe de área de adscripción, se contó con la aprobación de las autoridades correspondientes del Hospital General de zona número 36 de IMSS.

Esta investigación acato los principios éticos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial titulado: “Todos los sujetos en estudio firmaran el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en prestaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes”.

RESULTADOS

Se incluyeron en este estudio un total de 200 pacientes, de las cuales 100 presentaron sangrado en el primer o segundo trimestre del embarazo y 100 no lo presentaron. Sus principales características se muestran en la tabla 1.

ESTADO CIVIL	CASOS	CONTROLES	TOTAL
	n	n	n
CASADA	56	58	114
SOLTERA	12	15	27
UNIÓN LIBRE	32	26	58
OCUPACION			
AMA DE CASA	61	71	132
ESTUDIANTE	4	2	6
EMPLEADA	27	19	46
PROFESIONISTA	5	4	9
ESCOLARIDAD			
ANALFABETA	0	2	2
PRIMARIA	6	2	8
SECUNDARIA	39	42	81
PREPARATORIA	45	31	76
CARRERA TRUNCA	3	6	9
CARRERA TECNICA	0	8	8
PROFESIONISTA	7	7	14

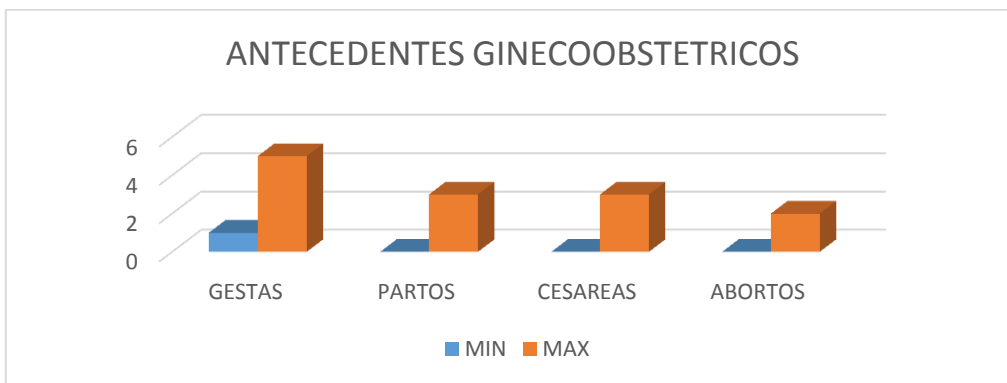
Tabla 1. Características de la población estudiada donde se denomina grupo control a las pacientes que no presentaron sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestre y el grupo casos se denomina a las pacientes que presentaron sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestres del embarazo.

La edad materna promedio fue de 26.3 años con una máxima de 41 años y una mínima de 16 años, con una edad gestacional promedio a su captura de 38.1 semanas de gestación, con una mínima de 30 semanas de gestación y una máxima de 42 semanas de gestación.(ver tabla 1)

VARIABLE	MINIMO	MAXIMA	PROMEDIO	MODA
Edad	16	41	26.3	
Semanas de gestación	30	42	38.1	
Gestas	1	6		3

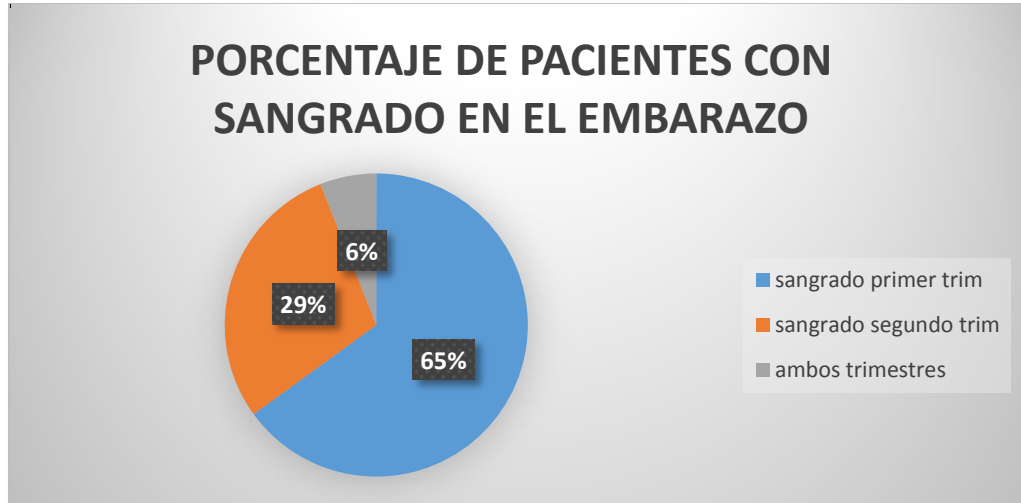
Tabla 2. Edad materna, semanas de gestación y gestas de las pacientes incluidas en el estudio.

En relación a los antecedentes ginecobstetricos de las pacientes se encontró un mínimo de gestas de 1, máxima de 5, con un promedio de 1.77



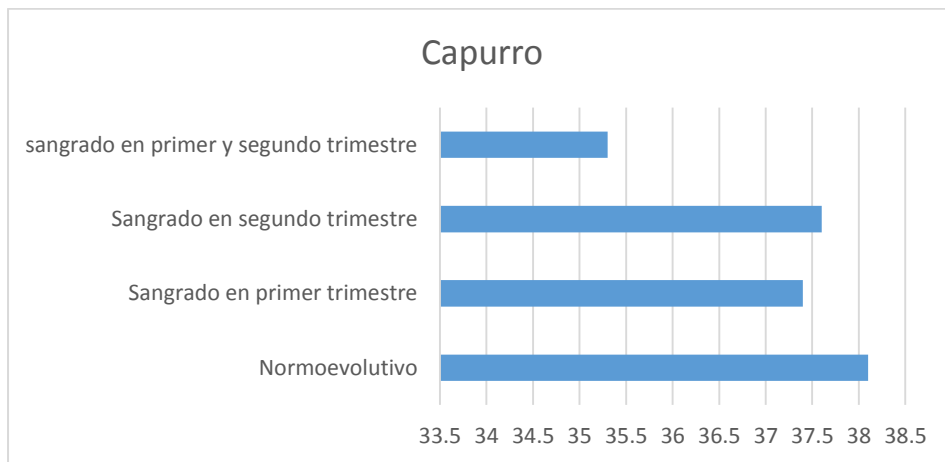
Se encontró que de las 100 pacientes incluidas que presentaron sangrado transvaginal durante embarazo 65 % sangró en el primer trimestre y 29% sangró

en el segundo trimestre del embarazo y 6% de las mismas sangro durante primer y segundo trimestres del embarazo. (Grafica 1).



Grafica 1. Pacientes con sangrado transvaginal

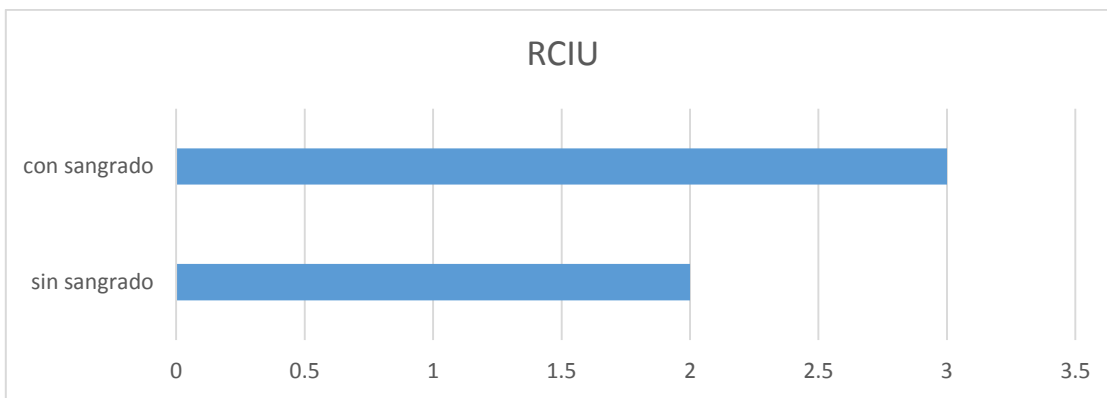
De las pacientes que cursaron con embarazo normoevolutivo la edad gestacional media por Capurro de resolución del embarazo fue de 38.1 semanas de gestación, en pacientes que presentaron sangrado en primer trimestre esta fue de 37.4 semanas, en pacientes que cursaron con sangrado transvaginal en segundo trimestre es de 37.6 semanas de gestación por Capurro, y en pacientes que cursaron con sangrado en primer y segundo trimestre el promedio fue de 35.3 semanas por Capurro.(Grafica 2).



Grafica 2. Semanas de gestación por Capurro de acuerdo a trimestre de sangrado.

RESULTADOS PERINATALES

En el estudio se encontró que de las 100 pacientes con sangrado en el primer y segundo trimestre del embarazo las que presentaron restricción de crecimiento intrauterino fueron 3 pacientes correspondiente a un 3%, mientras que las pacientes con embarazo sin sangrado transvaginal solo se encontró 2 pacientes, correspondiente a 2% de la muestra.



Gráfica 3. Total de pacientes que presentaron RCIU.

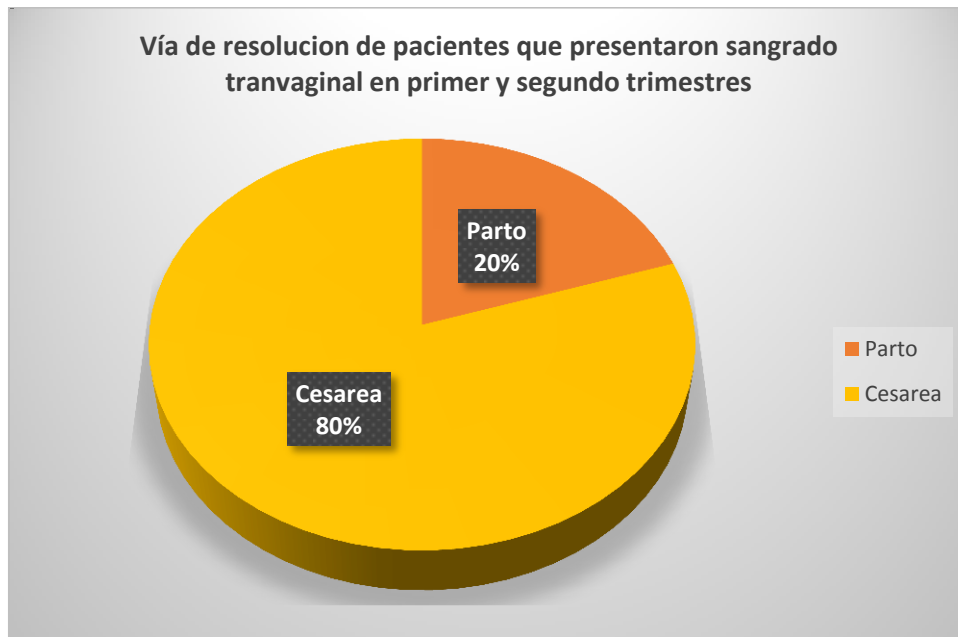
Los resultados perinatales encontrados se pueden resumir en la siguiente tabla, donde se define como grupo 1 al grupo de pacientes que presento sangrado transvaginal durante el primer y segundo trimestre y grupo 2 como el grupo de pacientes que no presento sangrado en el embarazo. (Tabla 2)

Tabla 2. Resultados perinatales

Resultado perinatal	Grupo 1		Grupo 2		OD***	95% de intervalo de confianza
	No.	%	No.	%		
RCIU*	3	3	2	2	1.5155	0.2477 a 9.2705
DPPNI**	5	5	4	4	1.2632	0.3291 a 4.8485
Parto pre termino	10	10	4	4	2.6667	0.8075 a 8.8067
Peso bajo	11	11	4	4	2.9663	0.9113 a 9.6551
Preeclampsia	7	7	17	17	0.3675	0.1452 a 0.9301

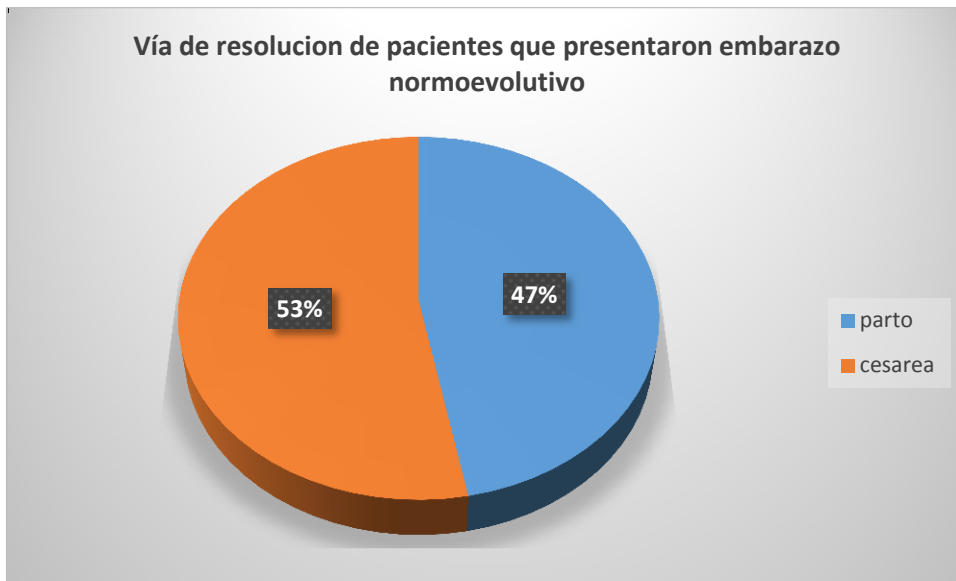
*Restricción de crecimiento intrauterino ** Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta *** Odds Ratio (análisis estadístico)

En cuanto a la vía de resolución del embarazo se encontró que del total de pacientes que presentaron sangrado transvaginal en el embarazo 80 pacientes (80%) de este grupo se resolvió vía cesárea y solo el 20% (20 pacientes) la resolución fue vía parto vaginal. Ver grafica 4.



Grafica 4. Vía de resolución de pacientes con sangrado en primer y segundo trimestres del embarazo.

Del total de pacientes que presentaron un embarazo normo evolutivo la vía de resolución encontrada fue en un 53% se resolvió vía cesárea y el 47% se resolvió vía parto vaginal. Ver grafica 5.



Gráfica 5. Vía de resolución de pacientes con embarazo normo evolutivo

DISCUSION

El trabajo realizado es pionero en el estudio de los resultados perinatales de pacientes que presentaron sangrado en el primer y segundo trimestre del embarazo en nuestro hospital, ya que no se encuentran registrados estudios que muestren esta correlación.

En este estudio se realizó un análisis estadístico por medio de la razón de Momios o Odds ratio para mostrar la asociación entre dos variables, en este caso si el sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo influía en cuanto a los resultados perinatales encontrados.

El estudio demostró que existe una asociación entre el presentar sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo y el desarrollo de parto pre termino, peso bajo al nacer, así como al desarrollo de restricción del crecimiento intrauterino y el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta; con una OR > 1 en todos los casos.

Como lo reporta un reciente estudio poblacional (Wittels et al.) el cual ha demostrado que el sangrado transvaginal es un factor de riesgo dependiente para resultados obstétricos adversos y estos son directamente proporcionales a la cantidad del sangrado, en este estudio se demostró que el peor resultado perinatal se obtuvo con sangrados de complicaciones relacionadas con la placenta, pacientes que reportaron un sangrado ligero demostraron un incremento en el riesgo para pre eclampsia, parto pre término, desprendimiento placentario y cesárea; en nuestro estudio solo se observó una asociación en cuanto al desarrollo de parto pre termino, peso bajo al nacer, restricción de crecimiento intrauterino y desprendimiento de placenta normoinserta.

CONCLUSIONES

Existe asociación entre la presencia de sangrado transvaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo y el riesgo de desarrollar resultados perinatales adversos principalmente relacionados como peso bajo al nacer, parto pre termino, restricción de crecimiento intrauterino y desprendimiento de placenta normoinserta.

BIBLIOGRAFIA

1. Deutchman M. et al. First Trimester Bleeding. American Family Physician. June. 79: 11, 2009.
2. Hasan R. et al. Accuracy of Reporting Bleeding During Pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol. 2010 January ; 24(1): 31–34
3. Hasan R. et al. Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy. Ann Epidemiol. 2010 July; 20(7): 524–531.
4. Hossain R, Harris T, Williams M. Risk of preterm delivery in relation to vaginal bleeding in early pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 135 (2007) 158–163
5. Huancahuari N. Emergencies in Early Pregnancy. Emerg Med Clin N Am 30 (2012) 837–847.
6. Kovac V, Vlaisavljević V. Evaluation of coagulation abnormalities among women with vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy. International Journal of Gynecology and Obstetrics 118 (2012) 202–204
7. Lykke JA. Et al. First trimester bleeding and maternal cardiovascular morbidity. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 164 (2012) 138–141.
8. McPherson J, Odibo A. Et al. Adverse Outcomes in twin pregnancies complicated by early vaginal bleeding. Am J Obstet Gynecol 2012; 207.

9. Ovalle A. et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev Med Chile* 2012; 140: 19-29.
10. Oyarzún E. et al. Urgencias en obstetricia. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2011; 22(3) 316-331.
11. Ramaeker DM, Simhan HN. Sonographic cervical length, vaginal bleeding, and the risk of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:224.e1-4.
12. Reddy UM, Wapner RJ, Rebar RW, Tasca RJ. Infertility assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol* 2007; 109:967-976.
13. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. *BJOG* 2010; 117:245–257.
14. Signore C. et al. Second-Trimester vaginal bleeding: correlation of ultrasonography findings with perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:336-40.
15. Sutter PD et al. First-trimester bleeding and pregnancy outcome in singletons after assisted reproduction. *Human Reproduction* Vol.21, No.7 pp. 1907–1911, 2007
16. Van Oppenraaij RFH. Et al Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Human Reproduction Update*, Vol.15, No.4 pp. 409–421, 2009
17. Wittels KA, Pelletier AJ, Brown DFM, et al. United States emergency department visits for vaginal bleeding during early pregnancy, 1993-2003. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:523.e1-523.e6.

10. ANEXOS

10.1. Hoja de recolección de datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Título del protocolo: "Resultados perinatales de pacientes con sangrados del primer y segundo trimestres del embarazo comparado con pacientes con embarazo sin sangrado trasvaginal"

Fecha __/__/__ Edad: _____ UMF: _____

Nombre: _____ Número de afiliación: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Motivo de consulta en HGR36: _____

AGO: Menarca: _____ Ritmo: _____ Amenorrea tipo: _____ IVSA: _____ NPS: _____

Fecha de ultima regla: _____ Fecha Probable de Parto: _____

Gestas ____ Paras ____ Aborto ____ Cesáreas ____ Partos pre término: si ____ no ____
semanas a la que nació _____

SDG al momento _____ clínico

USG

Presento sangrado trasvaginal en el primer trimestre Sí __ ¿en qué semana? ____ No ____

¿Se le dio tratamiento? ____ si ____ no ____ remitió: si ____ no ____

Presento sangrado trasvaginal en el segundo trimestre Sí __ ¿en qué semana? ____ No ____

¿Se le dio tratamiento? ____ si ____ no ____ remitió: si ____ no ____

Antecedente de infecciones durante el embarazo: Si () No ()

Resultados perinatales

Resultado perinatal	Si	No
Aborto		
Enfermedad trofoblástica		
RCIU		
Desprendimiento de placenta normo inserta		
Parto pre término		
Peso bajo al nacer		
Pre eclampsia		
Óbito		
Embarazo ectópico		

Presenta alguna comorbilidad: _____

Se complicó este embarazo con: _____

RESOLUCION DEL EMBARAZO: fecha: ____/____/____ **hora:** _____

SDG: _____ Vía de resolución: _____ Peso: _____

Talla: _____ Apgar _____ Capurro: _____ Sexo: _____ Silverman: _____

Malformación: _____

Otros resultados perinatales: _____

Se perdió seguimiento de la paciente por _____

10.2 RELACIÓN DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
1er T	Primer trimestre.
2do T	Segundo trimestre.
CID	Coagulación intravascular diseminada.
DPP	Desprendimiento prematuro de placenta.
ETG	Enfermedad trofoblástica gestacional.
FPP	Fecha probable de parto.
FUR	Fecha de última regla.
RCIU	Restricción del crecimiento intrauterino.
SDG	Semanas de gestación.
STV	Sangrado trasvaginal.
USG	Ultrasonido.

10.3. GLOSARIO

VARIABLE	DEFINICIÓN
Edad materna	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de la madre.
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. Se basa en fecha de última menstruación y debe ser confirmada más tarde por ecografía antes de las 26 semanas.
Embarazo ectópico	Implantación y nidación del huevo fuera de la cavidad uterina.
Embarazo pre término	Edad de la gestación entre la 28 y 36 semanas.
Feto	Nombre que recibe el producto de la concepción a partir de las 12 semanas de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del organismo.
Gran múltipara	Mujer que ha tenido más de cinco partos.
Mortalidad perinatal tipo	Comprende las muertes prenatales y las neonatales hasta los 28 días.
Muerte ante parto	La muerte del producto de la concepción antes de su

	expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre independientemente de la duración del embarazo.
Óbito	Muerte del producto de la concepción acaecida antes de su expulsión o extracción.
Parto	Expulsión del producto de la gestación a través de una serie de mecanismos activos y pasivos del cuerpo materno.
Pre eclampsia	Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación.
Producto de la concepción	Feto durante cualquier época del embarazo y al recién nacido.
Sangrado vaginal	Salida de sangre a través de vagina en cantidad variable de causa multifactorial.