

Prevalencia de trombocitopenia y factores asociados en adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación

Gil V*, Polanco P*, Guridy H* y Reyes J^o

RESUMEN

Introducción: Las plaquetas son células innatas del organismo que se encuentran involucradas en el mecanismo fisiológico de la coagulación, dentro de esta la trombocitopenia es una de las anormalidades hematológicas que pueden afectar a la embarazada, lo que conlleva a la necesidad de monitorización materna por parte del personal de salud, para prevenir y anticipar episodios hemorrágicos que pueden ser resultados de cualquier complicación obstétrica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de trombocitopenia durante el tercer trimestre de embarazo en mujeres que asisten a la consulta externa del HRUJM CB de la ciudad de Santiago de los Caballeros durante el periodo Mayo-Octubre 2014.

Métodos: Se realizó una investigación tipo descriptivo de corte transversal de fuente primaria, en una población de 83 embarazadas que asisten a la consulta externa del HRUJM CB de la ciudad de Santiago de los Caballeros.

Resultados: Un 16.87% de las 85 embarazadas obtuvo trombocitopenia, superando la incidencia registrada de 6.6%. La trombocitopenia leve fue más frecuente (86 %) que la moderada (7 %). La frecuencia de trombocitopenia se destaca en las embarazadas cuyas edades se encontraban entre los 18 a 25 años de edad. De las embarazadas que afirmaron el haber fumado, 4 presentaron trombocitopenia moderada.

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran que la trombocitopenia, es un hallazgo de laboratorio frecuente en las gestantes del tercer trimestre que acuden al Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, de la ciudad de Santiago de Caballeros, República Dominicana. Siendo la clasificación de trombocitopenia leve la más frecuente. Los resultados obtenidos, fallaron en demostrar una relación significativa entre los factores asociados a la trombocitopenia.

Palabras claves: Trombocitopenia, embarazadas, tercer trimestre, plaquetas.

INTRODUCCIÓN

Las plaquetas son células innatas del organismo que se encuentran involucradas en el mecanismo fisiológico de la coagulación; las cuales son activadas en respuesta a un daño vascular. Las mismas pueden sufrir alteraciones conocidas por

trombocitosis y trombocitopenia, la primera es definida por un aumento de su número en el conteo plaquetario, y la segunda como una disminución. Esta última es una de las anormalidades hematológicas que pueden afectar a la embarazada, lo que conlleva a la necesidad de monitorización materna por parte del personal de salud, para prevenir y anticipar episodios hemorrágicos que

* *Estudiante PUCMM*

^o *Docente PUCMM*

pueden ser resultados de cualquier complicación obstétrica.

La forma más frecuente de trombocitopenia en adultos es la crónica hasta en un 90% de los casos, la cual se manifiesta en mujeres de edad fértil; por lo que según Hott (1) se diagnostica comúnmente durante el embarazo mediante la realización de hemogramas rutinarios como parte de su evaluación. Es clasificada en leve (149 a $100 \times 10^9/L$), moderada (99 a $50 \times 10^9/L$) y severa ($<50 \times 10^9/L$), y dependiendo de ésta, serán sus manifestaciones.

La trombocitopenia es la segunda patología hematológica más frecuente durante el embarazo, afectando hasta un 10% de estos, siendo su principal causa en un 75% la trombocitopenia gestacional, especialmente en el tercer trimestre. Dentro de otras causas, la preeclampsia ocupa el 23% y el Síndrome de HELLP el 16% según Shamoon et al. (2).

Entre algunas patologías que podrían agravar la trombocitopenia se encuentran, Diabetes Mellitus, sepsis, síndrome urémico hemolítico, coagulación intravascular diseminada, lupus eritematoso sistémico y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Dadas las complicaciones anteriores es importante detectar a través de este estudio la prevalencia de trombocitopenia y de esta manera

prevenirla tempranamente para disminuir la tendencia hemorrágica en las madres o sus hijos, lo que conlleva a una reducción de la alta tasa de mortalidad materna en la República Dominicana, la cual fue para el 2010, de 150 por cada 100,000 nacidos vivos (ENDESA 2007) (3).

En este estudio se determinó la prevalencia de trombocitopenia y los factores asociados en adultas embarazadas en el tercer trimestre de gestación y se identificó: el grado más frecuente, la relación entre la trombocitopenia con enfermedades de la madre y la relación entre la historia de alteraciones hematológicas familiar con la misma. Con el fin de evitar posible consecuencias de sangrados durante el parto y/o la cesárea, evitar el una enfermedad de base o diagnosticar y tratar de forma temprana el desarrollo de un Síndrome de HELLP.

MÉTODOS

Esta investigación se llevó a cabo por medio de un estudio descriptivo de corte transversal de fuente primaria, en el cual se recolectó la información por medio de un cuestionario, de un hemograma y del tiempo de sangría, realizados por los investigadores, con el fin de determinar la prevalencia de trombocitopenia y los factores asociados durante el tercer trimestre de embarazo en mujeres que asisten a la consulta externa del HRUJMCB durante el periodo Mayo–Octubre del 2014.

La población para este estudio contó con todas las pacientes adultas embarazadas que cursaron con el tercer trimestre de gestación que asistieron a la consulta externa de obstetricia del HRUJMCB.

Según el departamento de epidemiología del HRUJMCB durante el periodo Enero-Abril del 2013 hubo un promedio de 301 adultas embarazadas de los tres trimestres de gestación que asistieron a consulta externa, donde el treinta y dos por ciento (32%) tendía a ser de alto riesgo; lo cual indicaba que dichas pacientes eran propensas a presentar las complicaciones que traen consigo la trombocitopenia, por lo que estas también serían parte del estudio en cuestión.

De una población total de aproximadamente 300 gestantes, 200 no cumplieron con los criterios de inclusión, ya fuera porque no deseaban participar, porque vinieran con un hemograma hecho o porque eran menores de edad al momento de ser cuestionada. El tipo de muestreo fue aleatorio no probabilístico. Las embarazadas que sí cumplieron con los criterios de inclusión y que desearon participar del estudio fueron instruidas en la participación del mismo; contando así con un total de 84 participantes, de las cuales solo 83 fueron procesadas ya que una de las muestras se coagulo y no pudo ser evaluada.

Con el propósito de abarcar los objetivos de esta investigación fue necesario una población con características similares por lo que se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: Pacientes que asistan a la consulta externa del HRUJMCB, embarazada en el tercer trimestre (De la semana 27 hasta el final del embarazo), mayor de 18 años comprobado por la fecha de nacimiento y toda embarazada que aceptó de forma voluntaria formar parte del estudio a través de la firma de un consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes que llegaron con un hemograma reciente, por lo cual se negaron a la toma de una muestra por el equipo de investigación y optaron no participar en el estudio; o las que tenían un hemograma realizado en otro laboratorio para evitar sesgos entre diferentes laboratorios y pacientes que no puedan comunicarse en español o inglés.

Las incógnitas planteadas en este estudio se vieron contestadas con las siguientes variables: *Trombocitopenia*: presencia de recuentos plaquetarios, observado en un hemograma, inferiores a $150/\text{mm}^3$ de plaquetas en la sangre circulante; Grado de trombocitopenia basados en diferentes niveles de plaquetopenia según los valores establecidos; leve ($100\text{-}150 \times 10^9$), moderada ($50\text{-}99 \times 10^9$), severa ($<50 \times 10^9$). *Edad materna*: tiempo transcurrido expresado en años de la paciente desde el nacimiento hasta el momento de la

investigación. *Número de gestaciones*: es el número de embarazos que ha tenido la mujer, incluyendo los abortos. *Escolaridad*: cursos realizados por la madre en un centro educativo. *Edad gestacional*: cálculo en semanas después del último periodo menstrual que determina la edad de un embrión, un feto o un recién nacido. *Condiciones de embarazos previos*: Estado materno en gestaciones anteriores, puede abarcar abortos, anemia, DPPNI, diabetes gestacional, embarazo ectópico, placenta previa, preeclampsia/eclampsia, trabajo de parto prematuro.

Enfermedades desarrolladas durante el embarazo actual: enfermedades actuales que interfieren con la función plaquetaria. *Antecedentes patológicos familiares*: abarcan las condiciones de embarazos previos y las enfermedades hematológicas padecidos por familiares directos de la paciente. *Morfología plaquetaria*: citoarquitectura plaquetaria. *Tiempo de sangría*: Este examen evalúa la capacidad de la sangre para formar coágulos como forma de medir función plaquetaria. *Grupo sanguíneo*: agrupa la sangre en base a la presencia o ausencia de antígenos presentes o no en la superficie de los glóbulos.

Volumen Plaquetario medio (VPM): valor promedio para describir el tamaño medio de las plaquetas en la sangre. *Glicemia al azar*: toda determinación de glucosa en cualquier momento del día,

sin relación a ingesta calórica alguna. *Presión arterial*: medida de la fuerza que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. *Hábitos tóxicos durante el embarazo*: uso de sustancias que representen riesgos tanto maternos como fetales. El instrumento empleado en esta investigación fue un formulario previamente codificado, conformado por 19 preguntas, creado por los investigadores para recolectar la información necesaria para la realización de este estudio y de esta manera sustanciar los objetivos de la investigación.

Este formulario fue administrado por los investigadores y contestado por aquellas gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. El formulario consta de preguntas directas hacia las gestantes y una serie de información que fue adquirida por medio de un hemograma, glicemia capilar y tiempo de sangría realizado por los investigadores al momento de la recolección de los datos.

En los datos generales se registró la edad de la paciente con su fecha de nacimiento, su grupo sanguíneo, su presión arterial, el estado civil, número de gestaciones, la edad gestacional actual y su escolaridad. Esto sirvió para determinar en qué periodo del tercer trimestre fue más frecuente la trombocitopenia, así mismo como para determinar los factores sociodemográficos relacionados con la trombocitopenia.

La segunda parte evaluó la presencia de los siguientes antecedentes patológicos personales previos al embarazo: Diabetes, HTA, anemia, leucemia, hemofilia, Von Willebrand, enfermedades de la tiroides, ETS, VIH, Epilepsia, tanto personales como familiares; además la condición de embarazos previos a la gestación actual. Se enfocó también en las condiciones del embarazo previos en caso de que las participantes hayan tenido múltiples gestiones en particular se les preguntó sobre: Aborto, anemia, DPPNI, diabetes gestacional, embarazo ectópico, placenta previa, preeclampsia/eclampsia y trabajo de partos prematuros. También se indagó sobre los hábitos tóxicos particular el uso de tabaco y alcohol. Por último esta parte valoró los antecedentes hematológicos familiares como: Anemia, leucemia, hemofilia, anemia falciforme y Von Willebrand.

La tercera parte se enfocó a las condiciones del embarazo actual. Se preguntó sobre si desarrollaron algunas de las siguientes enfermedades: Aborto, anemia, DPPNI, diabetes gestacional, embarazos ectópicos, placenta previa, preeclampsia/eclampsia, partos prematuros. También sobre el uso de drogas, alcohol y tabaco durante el embarazo actual.

En la última parte se reportaron los resultados obtenidos del hemograma,

frotis y tiempo de sangría realizados a la gestante por el equipo de investigación. Concentrándose en el recuento plaquetario, el VPM, en la morfología de las plaquetas, en particular el tamaño y presencia de cúmulos. También los investigadores determinaron los niveles de glicemia en sangre.

Para la validación del instrumento de recolección de información se realizó una prueba piloto, la misma, fue realizada en el Centro de Atención Primaria Juan XXIII, durante el mes de agosto del año 2013, tomando a 30 embarazadas del tercer trimestre de gestación, número requerido para la validación de dicha fase. El fin de esta prueba fue detectar y enmendar las dificultades que se presentaron en el diseño del estudio.

Antes de iniciar propiamente dicho el procedimiento de recolección de datos para esta investigación, se requirió una serie de peticiones de autorizaciones para la realización del mismo por parte del equipo investigador hacia las autoridades pertinentes que son, la Unidad Técnico Asesora de Investigación (UTAI), el Comité Evaluador, el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud (COBE-FACS) y el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, luego de obtener las autorizaciones debidas y completada la prueba piloto, se inició con el proceso de recolección de datos. Este ha sido

clasificado según los diferentes componentes de la investigación en la entrevista, toma de muestra, análisis de laboratorio y frotis sanguíneo.

El proceso de recolección de datos de los participantes comenzó con la planificación de la recolección de datos, por parte de cada investigador a la consulta de ginecología, obstetricia y perinatología del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, el grupo de investigadores conformado por tres miembros los cuales asistieron a la consulta durante el período que comprendió los meses de mayo a octubre del año 2014.

Los investigadores asistieron a esta consulta para tomar los datos de la investigación, el investigador se le acercó antes o después de la consulta de la participante, y le explicó que trataba la investigación y se le preguntó si estaba interesada en participar en este estudio, lo cual la participante afirmaba al firmar el consentimiento informado previamente explicado. Al ésta confirmar su disposición a participar se le preguntaba la edad.

Los investigadores procedieron a llevar a la participante que cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión, a un consultorio donde estuvieron solos para mantener la confidencialidad de la información proporcionada por la participante. Se le informó detalladamente de qué trataba el estudio, los beneficios, los riesgos, etc.

Si la paciente aún tenía el deseo de participar en el estudio, legalizaba el consentimiento informado con su firma, el cual antes de ser firmado fue explicado detalladamente por el investigador.

La participante después de firmar el consentimiento informado, recibió una copia del mismo para su récord personal y el investigador le asignó un número con el cual se mantuvo la confidencialidad el nombre de la participante. El estudio pretendió observar la frecuencia de trombocitopenia en adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación, para lo cual se necesitó una entrevista, la medición de su presión arterial, un hemograma, medición de glicemia capilar, tiempo de sangría y frotis de sangre periférica.

Para la toma de muestra, se preparó el material necesario para esta, se identificó el tubo de muestra con el código del paciente, luego se procedió a la realización de la misma. El tiempo de sangría se fundamentó en la duración de la hemorragia procedente de una punción cutánea que habitualmente es una medida de la función plaquetaria así como de la integridad de la pared vascular. Dicha prueba se realizó inmediatamente terminada la toma de muestra para el hemograma.

La muestra necesaria para ésta prueba, se obtuvo mediante una punción con

lanceta sin recolección de muestra, para la cual no se necesitó algún tipo de reactivo; se utilizó un: cronómetro, lancetas, papel de filtro y torunda de algodón con alcohol.

El procedimiento para el tiempo de sangría consistió en limpiar el lóbulo de la oreja con una torunda con alcohol. Se tomó firmemente la lanceta y se hizo la punción. Se permitió que la sangre fluyera sin hacer presión, hasta formar una gota, con el papel filtro se absorbió la gota, luego el papel se fue girando de manera que las gotas mojaban un área limpia del papel a intervalos de 15 o 30 segundos hasta que la sangre ya no tintara el papel. Se anotó en el mismo papel, en cada gota el tiempo en segundos en que se tomó cada gota y por último se anotó el tiempo final de sangrado.

Los valores normales utilizados fueron de 120 a 180 segundos (2 – 3 minutos), donde un sangrado alargado indicó una posible función plaquetaria deficiente.

Una vez realizada la muestra, se analizó la sangre recolectada por medio de contadores de células automatizadas, los cuales cuantifican, clasifican y describen las diferentes poblaciones de células utilizando técnicas tanto ópticas como eléctricas. El principio utilizado para determinar la cantidad y volumen de eritrocitos fue la impedancia y para la determinación

del contenido de hemoglobina fue la colorimetría.

El análisis eléctrico consistió en pasar una solución diluida de la sangre a través de una abertura por la cual fluye una corriente eléctrica. El paso de las células a través del corriente cambio la impedancia entre los terminales. Estos cambios se registraron como pulsos con su correspondiente amplitud. Los pulsos fueron traducidos para que correspondieran entre la cantidad de pulsos y la cantidad de células, también la amplitud del pulso y el volumen de la célula. El analizador midió cada célula y la clasificó de acuerdo a su volumen vía un programa software pre-establecido de clasificación donde las células caen en distintas categorías WBC, RBC, PLT, etc.

A la solución de sangre se le añadió un reactivo lítico para lisar selectivamente a los glóbulos rojos, dejando las células blancas y plaquetas intactas. Luego fue trasladado a un componente que puede absorber una onda de longitud de 540 nm. A través de la comparación de la absorbancia entre el diluyente puro y la muestra, se calculó la concentración de la hemoglobina de la muestra. Luego la solución se pasó a través de un segundo detector. Esto permitió obtener los recuentos de glóbulos blancos y plaquetas. El recuento de plaquetas se separó fácilmente del recuento de glóbulos blancos por los picos de impedancia más pequeños que se produjeron en el detector debido a su

volumen reducido de células. Fue de suma importancia prevenir la coagulación y adhesión de la muestra ya que esto negativamente impactaría los resultados.

Los resultados se expresaron de 3 maneras distintas. La primera fue una representación directa de los resultados, es decir el conteo de WBC, RBC, PLT etc. La segunda representación fue un histograma y la tercera una derivación basada en cálculos de los valores absolutos de cada uno de los elementos.

Después de que las muestras fueron analizadas por el laboratorio y los resultados de los hemogramas obtenidos, aquellas muestras que demostraron trombocitopenia, se le realizó un frotis de sangre, para confirmar la trombocitopenia y se observó la morfología de las plaquetas y la presencia de cúmulos plaquetarios.

El tipo de muestra utilizado fue sangre periférica total con EDTA; se utilizaron los reactivos: Colorantes de Wright o Giemsa Wright. Para la elaboración de esta prueba fue necesario contar con laminillas o portaobjetos, cubre objeto, Racks para los colorantes, aceite de inmersión y un microscopio. El procedimiento requirió de dos partes: la preparación del extendido y la de tinción o coloración.

Para la preparación del extendido, se procedió a colocar un gota pequeña o

mediana de sangre a una pulgada del extremo de la laminilla al centro; con el cubreobjeto y se colocó con el borde de un lado sobre la gota en un ángulo de 30° y se distribuyó la gota por todo el borde hasta el otro extremo de la laminilla, con firmeza pero con suavidad, y se dejó secar.

Después de seca la laminilla, se colocó en rack para el proceso de tinción. Se pasó la muestra por el reactivo número y se dejó secar por un minuto, se pasó al contenedor con el reactivo dos y se dejó secar nueva vez por un minuto, y así mismo con el reactivo 3. Luego se lavó con agua, se colocó sobre papel absorbente de forma perpendicular y se dejó secar. Tras el frotis se cubrió con una gota de aceite de inmersión y se cubrió con objeto. Ya lista la muestra se examinó al microscopio y se reportó la morfología, proporción y presencia de cúmulos plaquetarios.

El estudio finalizó al terminar el periodo establecido, con la cantidad de participantes recolectadas hasta ese momento.

Al finalizar las entrevistas con todas las participantes, los investigadores realizaron un consolidado con los datos obtenidos, estos datos se ubicaron en una base de datos creada en una computadora portátil de uso personal de uno de los investigadores, de la marca Toshiba Satellite C655, con una programación de base de Microsoft Windows 7 Home Premium, la base de datos se creó en el programa Microsoft

Office Excel 2010, para el cruzamiento de variables se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 21.

Una vez obtenida y recolectada la información se tabuló en base de datos creada en Microsoft Excel versión 2010; y posteriormente, fue procesada en SPSS. A través del cruce de las variables empleadas en el estudio, se elaboraron tablas y gráficas para expresar las relaciones entre ellas.

Dichas variables fueron las siguientes: Edad materna vs trombocitopenia, trombocitopenia vs enfermedades de la madre, trombocitopenia vs alteraciones familiares hematológicas, trombocitopenia vs tiempo de sangría, tiempo de sangría, VPM y morfología de las plaquetas vs trombocitopenia, condiciones de embarazos previos vs condiciones embarazo actual, trombocitopenia vs los niveles de glicemia, hábito de fumar vs grado de trombocitopenia, uso de bebidas alcohólicas vs trombocitopenia, edad gestacional vs trombocitopenia, grupo sanguíneo vs trombocitopenia.

A estos cruces de variables, se les aplicó la prueba estadística: Chi cuadrado (χ^2), prueba utilizada para variables aleatorias independientes entre sí, según la clasificación de las variables de estudio, para determinar su significancia estadística, y la distribución de la prevalencia de trombocitopenia en adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación. El error máximo permitido

fue 5%, con un nivel de confianza de 95%, encontrando significancia estadística si P es < 0.05 .

La presente investigación constó de participantes adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación. Partiendo de la premisa anterior y luego de la revisión y aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud (COBE-FACS), se le aplicó un consentimiento informado, en el que todas las participantes firmaron por voluntad propia, sin ninguna obligación y sin esperar remuneración económica alguna por su participación en esta investigación.

El proceso para la firma del consentimiento informado en embarazadas mayores de 18 años, comenzó con la confirmación de la participante hacia los investigadores de que estaba interesada en escuchar de qué se trata el estudio. Esta fue conducida hacia un consultorio donde los investigadores y la participante se encuentran solos para mantener la confidencialidad de la información de la participante, el investigador explicó de qué trataba el estudio y el objetivo del mismo, luego de finalizada la explicación y cuando la participante no tiene ninguna duda, con la confirmación que quería seguir en el estudio, el investigador, le suministró el consentimiento informado, en caso de que tenga imposibilidad de leer por sí sola, se le explicó el consentimiento informado de manera detallada cada

uno de los parámetros que se estipulan en este. Ya cuando la participante no tenía dudas se procedió a la firma del mismo y a la asignación de número de participante con el cual se identificó a la paciente para mantener en total confidencialidad su nombre.

Los instrumentos utilizados para la recolección de materiales biológicos fueron desechados, respetando los medios de seguridad para los objetos punzo-cortantes. Asegurando así mismo la protección contra materiales contaminados para la paciente y los investigadores.

RESULTADOS

La muestra total del estudio, consistió en 84 mujeres embarazadas del tercer trimestre de gestación, que asistían al Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, de la ciudad de Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Un total de 84 instrumentos de recolección fueron llenados, y uno de ellos, presentó datos incompletos, debido a que la muestra del hemograma se reportó coagulada, para un total de 83 muestras válidas.

Según el estudio realizado, del total de las 83 adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación, se obtuvo como resultado una prevalencia de trombocitopenia correspondiente al 17%, quedando plasmado, que sí existe relevancia de esta condición clínica en dicha población. (Ver tabla 1)

Se muestra además el grado de trombocitopenia más frecuente; donde en una población total de catorce pacientes con trombocitopenia, 10 de estas (71%) presentó trombocitopenia leve; el segundo lugar es ocupado por la trombocitopenia moderada, para un total de 4 pacientes (29%). Por otro lado podemos denotar que no se reportan casos de trombocitopenia severa. (Ver tabla 2)

Los factores sociodemográficos evaluados fueron la edad materna, número de gestaciones de las pacientes, así mismo como su escolaridad y estado civil. En cuanto a la edad materna, se observa que es más frecuente en las gestantes más jóvenes, dado que nueve de las participantes que resultaron con esta entidad sus edades resultaron ser menor de 25 años, aunque estos datos no representen valor estadísticos, por presentar una P de 0.480.

Por otra parte resalta el hecho de que no existe relación estadística entre el número de gestaciones de las pacientes, debido que las diez gestantes que resultaron con trombocitopenia leve, cinco cursaban con su primera o segunda gestación; mientras que otras cinco cursaban con su tercera o cuarta gestación. De las gestantes con trombocitopenia moderada, dos de éstas, cursaban con su tercera o cuarta gestación, con un valor de P de 0.233.

La escolaridad por su parte no es un factor sociodemográfico con relación a la trombocitopenia, debido a que la P es de 0.782; pero se pudo notar que la mayor frecuencia de trombocitopenia leve y moderada se presentó en aquellas madres que no habían finalizado la secundaria.

En esta misma vertiente se encuentra el estado civil de la paciente, que a pesar de no tener significancia estadística con P de 0.226; doce de las pacientes con niveles plaquetarios con disminución leve o moderada refirieron la unión libre con su estado civil. (Ver tabla 3)

Los factores clínicos-obstétricos que se relacionaron con la trombocitopenia no mostraron significancia estadística; pero los resultados obtenidos en cuanto a la edad gestacional, siete de las pacientes que presentaron trombocitopenia se encontraron dentro de las 33 a 37 semanas de gestación.

Por otro lado las enfermedades previas al embarazo, en doce de las participantes con plaquetopenia leve y moderada fueron negadas. No se encontró significancia estadística entre las condiciones de embarazos previos, ya que 5 de las participantes refirieron no haber padecido complicaciones y otras 4 eran primigestas; sin embargo las dos pacientes que refirieron haber padecido de pre-eclampsia/ eclampsia sufrieron trombocitopenia moderada.

Dentro de las enfermedades desarrolladas durante el embarazo actual, la anemia se presentó en dos de las pacientes al igual que la preeclampsia-eclampsia, aun así no representó significancia estadística. (Ver tabla 4)

Los antecedentes hematológicos familiares relacionados con la trombocitopenia, si presentó significancia estadística con p de 0.046; esto quiere decir, que no existe relación entre los padecimientos familiares de patologías hematológicas con la presencia de trombocitopenia, debido a que 8 de las pacientes con trombocitopenia leve al igual que 2 de las que presentaron trombocitopenia moderada, refirieron que no existían familiares cercanos con enfermedades hematológicas. (Ver tabla 5)

Los hallazgos hematológicos evaluados fueron el volumen plaquetario medio, el tiempo de sangría así como la morfología plaquetaria. Cabe destacar que no se encontró significancia estadística con estos factores, debido a que: el VPM se encontró dentro de los rangos normales en 13 de las pacientes con trombocitopenia. Dentro de la misma vertiente se encuentra el tiempo de sangría que se encontró normal en todas las pacientes. En cuanto al grupo sanguíneo, el AB⁺ se observó en 6 de las pacientes, seguido por las 4 pacientes que refieren ser O⁺. Por otro lado la morfología plaquetaria en las pacientes con plaquetopenia se encontró normal

en 11 de las pacientes, y solo en 3 de estas se encontraban plaquetas gigantes. (Ver tabla 6)

En cuanto a la morfología plaquetaria y su relación con el volumen plaquetario medio, no se encontró significancia estadística, con una P de 0.588. El VPM en 13 de pacientes resultó normal, de estas 10 coincidieron que la morfología se encontraba normal, mientras que las otras 3 tenían morfología aumentada según el frotis realizado a estas muestras. (Ver tabla 7)

En cuanto a los factores metabólicos los resultados arrojaron que de las 14 pacientes con trombocitopenia 7 obtuvieron un valor alto de glicemia, siendo 6 de estas de tipo leve. De las 6 que obtuvieron valores normales, 2 pertenecieron a la moderada; obteniendo con esta relación un valor de p de 0.195, que aunque no fue estadísticamente significativo, se pudo apreciar la alta incidencia de valores elevados de glicemia ante estas pacientes.

En cuanto a la presión arterial, a diferencia de que en la literatura se

evidenció que existía una relación de la misma con la trombocitopenia, nuestro estudio no reveló significancia alguna revelando un valor de p igual a 0.262; siendo la mayor parte de las pacientes normotensas. Aunque sí se pudo apreciar que dentro de estas normotensas 8 pertenecieron a trombocitopenia leve.

Por otra parte, en cuanto al uso de alcohol y tabaco en embarazos anteriores el estudio no mostró significancia estadística para ambos, siendo los valores de p de 0.217 y 0.469 respectivamente; sin embargo se pudo evidenciar que tanto el alcohol como el tabaco estuvieron más relacionados con la trombocitopenia leve en relación a la moderada. Ya en lo que se refiere a la misma relación pero ahora en el embarazo actual, tampoco hubo significancia estadística importante; siendo el valor de p para el alcohol de 0.334 y 0.101 para el tabaco. Revelando al igual que en los embarazos anteriores mayor relación con la trombocitopenia leve. (Ver tabla 8)

DISCUSIÓN

Para conocer más acerca de los factores asociados a la trombocitopenia en gestantes del tercer trimestre, se aplicaron encuestas sobre los datos que pueden influenciar en la aparición de trombocitopenia en las gestantes. También se realizaron hemogramas para determinar los recuentos

plaquetarios, así como la determinación del tiempo de sangría y la glicemia capilar. Para evitar posible complicaciones asociadas a la trombocitopenia, es recomendable que el personal de salud involucrado en el cuidado de las gestantes considere los niveles plaquetarios.

Se seleccionó como área de investigación las consultas de gineco-obstetricia del HRUJMCB en la ciudad de Santiago de los Caballeros durante el periodo Mayo - Octubre del 2014, con una población de 83 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación.

En el mismo, se puede evidenciar que a pesar de los estudios que se han realizado en grandes poblaciones, como en el caso de Burrows y Kelton⁶, comparada con una población menor como en la de esta investigación, a pesar de la considerable diferencia entre las poblaciones registrada en la literatura y esta investigación, se puede evidenciar una relación entre los resultados de esta investigación con los de la literatura citada; ya que de 15,471 embarazadas observadas obtuvieron el 6.6% de embarazadas con trombocitopenia leve, aquí se demostró que de las 83 embarazadas el 16.8% se encontraba con trombocitopenia, superando así la incidencia registrada en la literatura. Lo que sugiere que la trombocitopenia en la ciudad de Santiago de los Caballeros, Republica Dominicana es más frecuente de lo anticipado.

Por otro lado, en una población total de 96 gestantes con plaquetopenia, la trombocitopenia gestacional represento el 38.5 %, en un estudio realizado por Nomurai et al. (7), en Brasil. Onisâi et al. (4), analizando 936 embarazos, encontraron que 104

pacientes cursaban con trombocitopenia (11.11%) de las cuales 63 tenían trombocitopenia gestacional. Una diferencia a destacar es que en esta investigación se encontró que la trombocitopenia leve es más frecuente (86%) que la moderada (7%), diferente a lo que refiere Hott (1), quien señala a la misma como la forma más común hasta en un 90% de los casos.

Esta investigación aportó como dato relevante la relación aparente entre el número de gestaciones y la probabilidad de padecer trombocitopenia. Se refleja de manera específica en las embarazadas que cursaban con su tercer embarazo, ya que estas eran más probable de padecer de una trombocitopenia, siendo este de un 21.05%. Lo que queda corroborado con la literatura en la que destacan que el 58.7% presentaba trombocitopenia en un rango de gestación de 2-4, según Belkin et al. (8). Contrario a Shamooun et al. (2) quien encontró mayor trombocitopenia en mujeres que habían tenido solo un parto.

En cuanto a la edad materna y el tiempo de sangría, aunque estadísticamente no se consideraron significativas, se pudo notar que la frecuencia de trombocitopenia se destacó más en las embarazadas menores de 25 años; diferente a lo reportado por Jensen et al. (9) quien encontró trombocitopenia leve en mayores de 29 años. El tiempo de sangría aparentemente no se vio

afectado por la trombocitopenia, ya que de las 14 que padecían trombocitopenia, no se observó el tiempo de sangría prolongado.

Según esta investigación la frecuencia de trombocitopenia tuvo su mayor auge en las pacientes embarazadas que cursaban entre las 33 a 37 semanas de gestación; en contraste con Shamoon et al. (2) quien evidenció mayor incidencia de trombocitopenia en las gestantes con edad gestacional mayor de 27 semanas. De la misma forma, Nisha et al. (5) estableció un aumento del riesgo de padecer de trombocitopenia en el embarazo para las mujeres con mayor edad gestacional materna. Por lo tanto, se sugiere que el recuento plaquetario se debe realizar de manera rutinaria en las primeras visitas prenatales para diagnosticar a tiempo todos los tipos de trombocitopenia que puedan surgir durante el embarazo y así lograr resultados materno-fetales más favorables.

Es importante destacar que en cuanto a los antecedentes familiares hematológicos, debido a que la mayoría de embarazadas encuestadas desconocían si familiares padecían de alguna patología relacionada con la misma, no se evidenció relación alguna con la trombocitopenia. Sin embargo, se encontró que dentro de las que sí tenían conocimiento, la anemia fue la única presente; y de esta la falciforme fue la de mayor incidencia. Razón por

la que este tipo de anemia puede provocar problemas en el embarazo, trayendo consigo complicaciones como un aumento de la prematurez y bajo peso al nacer y mayor mortalidad neonatal vista hasta en un 30%, según Selva (12).

En cuanto a la a la glicemia capilar esta investigación intento encontrar una relación estadísticamente significativa entre los niveles de la glicemia capilar y la trombocitopenia ya que esta relación conlleva un valor predictivo cuando esta relación se encuentra elevada. Aunque en esta investigación los resultados no fueron estadísticamente significativo, se pudo apreciar la alta incidencia de valores elevados de glicemia en las pacientes con trombocitopenia, ya que 7 de las 14 se encontraban con niveles llevados de glicemia. De estas 6 cursaron con trombocitopenia leve; lo que sugiere una relación entre los niveles de glicemia con la frecuencia de aparición de trombocitopenia. Así lo afirma la literatura, en la que Kosus et al. (10) demostraron que a medida que la glicemia se eleva, el VPM aumenta; el cual podría estar asociado a un riesgo elevado de enfermedad cerebrovascular, aterotrombosis y tromboembolismo.

Al correlacionar el consumo de alcohol y tabaco con la incidencia de trombocitopenia no hubo relación estadísticamente significativa con el alcohol; sin embargo de las

embarazadas que afirmaron el haber fumado, 4 presentaron trombocitopenia moderada. Lo que Berggreni et al. (13) corrobora al comparar la actividad de plaquetas con el uso de tabaco, encontrando en ellas menor actividad tras el consumo del mismo.

Para finalizar, en este estudio no se arrojaron datos significativos en cuanto a la relación de la trombocitopenia y el grupo sanguíneo, debido a que éste está más relacionado a la trombocitopenia crónica, como sugiere Sant'Anna Gomes (11) y en vista de que la presente investigación evidencio una mayor frecuencia en la tipo leve, no fueron relevantes los hallazgos encontrados.

CONCLUSIONES

Después de analizar y discutir los datos recolectados, nuestros datos sugieren lo siguiente:

- La trombocitopenia, es un hallazgo de laboratorio frecuente en las madres del tercer trimestre de gestación del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, de la ciudad de Santiago de Caballeros, República Dominicana. A su vez, estos resultados demuestran que la clasificación más frecuente de trombocitopenia es del tipo de trombocitopenia leve.
- Dentro de los factores sociodemográficos, está el hecho de que en la población donde se observó la trombocitopenia, su incidencia fue más alta en las gestantes más jóvenes, cuyas edades se encontraban entre los 18 a 25 años de edad. Independientemente de la edad materna, se encontró que el número de gestaciones de la madre, sugiere una relacionado con la aparición de trombocitopenia, a pesar de no tener significancia estadística. La escolaridad y el estado civil no fueron significativos pero, cabe destacar que la mayoría de pacientes no habían finalizado la secundaria y referían haber estado en unión libre.
- Con respecto a los factores clínico-obstétricos se observó, que de las dos pacientes que refirieron haber padecido de pre-eclampsia/eclampsia las dos sufrieron trombocitopenia moderada. Y dentro de las que desarrollaron enfermedad durante el embarazo actual, la anemia fue la de mayor relevancia.
- La historia hematológica familiar si demostró significancia estadística con un valor de p de 0.046, lo cual señala que los padecimientos hematológicos familiares *no*

están ligados a la presencia de trombocitopenia. Cabe aclarar que este valor fue calculado en base a las respuestas de aquellas pacientes trombocitopénicas en cuanto a su conocimiento sobre su historia hematológica familiar, a la cual la mayoría de las gestantes respondieron que desconocían o negaban alguna historia hematológica familiar. En contraste con los hallazgos hematológicos, ninguno tuvo significancia estadística debido a que su valor de P fue de 0.588.

- Dentro los factores metabólicos nuestros resultados sugieren una relación entre la trombocitopenia gestacional con los niveles elevados de glicemia capilar; lo que alude, que tanto la Diabetes Mellitus, la Diabetes gestacional, así como también la intolerancia a glucosa, podría predisponer de alguna manera al desarrollo de trombocitopenia.
- Por su parte, en este estudio quedo reflejado a diferencia de lo establecido en la literatura que la tensión arterial no evidencio significancia importante con la trombocitopenia; sin embargo el relacionar el uso de sustancias tóxicas como alcohol y tabaco con la aparición de trombocitopenia, destaco el

hecho de que dentro de las gestantes que confirmaron su uso tanto en embarazos anteriores como en el actual, quedo evidenciada la trombocitopenia leve frente a la moderada, independientemente de la cantidad de ingesta o uso de tabaco.

- Nuestros esfuerzos en esta investigación demuestra que la trombocitopenia en las gestantes del tercer trimestre amerita ser investigado más afondo ya que su prevalencia aún estas elevada en nuestra población y por su posible implicaciones como un problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hott A, Queirolo S, Veas P, Rubio A. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO IDIOPÁTICO Y EMBARAZO. CESÁREA VERSUS PARTO VAGINAL. (español). Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología [en línea]. 2006. [Citado febrero 2013]; 71(5): 327-332. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=637c2c62-28ce-45e8-b726-0aecc5bc7b0b%40sessionmgr110&vid=5&hid=119>
2. Shamooun R, Muhammed N, Jaff M. Prevalence and etiological classification of thrombocytopenia among a group of pregnant women in

Erbil City, Iraq. Turkish Journal Of Hematology [en línea]. 2009,[citado febrero 2013]; 26(3):123-128. Disponible en: Academic Search Premier <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=24f3f5d8-2cf8-49f8-a1e8-c0d1dd03a702%40sessionmgr114&hid=24&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=44064611>

3. Molina M, Ramírez N, Polanco J, Quiterio Q. Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana 2007 (ENDESA) (español). Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) Santo Domingo, República Dominicana Calverton, Maryland, EEUU: Macro International Inc. [en línea]. 2007. [Citado febrero 2013]; 584.. Disponible en: Biblioteca Virtual de Salud (BVS) <http://www.bvs.org.do/bvs/htdocs//local/File/ENDESA07.pdf>

4. Onisâi M, Vlădăreanu A, Delcea C, Ciorăscu M, Bumbea H, Vlădăreanu R, et al. Perinatal outcome for pregnancies complicated with thrombocytopenia. The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal Of The European Association Of Perinatal Medicine, The Federation Of Asia And Oceania Perinatal Societies, The International Society Of Perinatal Obstetricians [en línea]. 2012. [citado febrero 2013]; 25(9): 1622-1626. Disponible en: MEDLINE with Full Text <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?>

vid=13&sid=24f3f5d8-2cf8-49f8-a1e8c0d1dd03a702%40sessionmgr114&hid=119&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=2220678

5. Nisha S, Amita D, Uma S, Tripathi A, Pushplata S. Prevalence and characterization of thrombocytopenia in pregnancy in Indian women. Indian Journal Of Hematology & Blood Transfusion: An Official Journal Of Indian Society Of Hematology And Blood Transfusion [en línea]. 2012. [citado febrero 2013]; 28(2): 77-81. Disponible: MEDLINE with Full Text. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=15&sid=24f3f5d8-2cf8-49f8-a1e8-c0d1dd03a702%40sessionmgr114&hid=119&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=23730013>

6. Burrows R, Kelton J. Pregnancy in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. Citado por: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23rd ed. [Mexico]. The McGrawHill Companies, Inc.; 2010. [citado septiembre 2014]; pg 1092-1093

7. Nomurai RMY, Igail AMK, Nunes VC, Miyadahira S, Zugaib M. Evaluación del bienestar fetal en embarazos complicados con trombocitopenia materna moderada a severa (español). Revista Brasileña de

Ginecología y Obstetricia. Rio de Janeiro [en línea]. 2011. [citado febrero 2013];33(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001000002>

8. Belkin A, Levy A, Sheiner E. Perinatal outcomes and complications of pregnancy in women with immune thrombocytopenic purpura. *Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [en línea]. 2009. [citado febrero 2013]; 22(11): 1081-1085. Disponible en: Academic Search Premier <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=24f3f5d8-2cf8-49f8-a1e8-c0d1dd03a702%40sessionmgr114&vid=27&hid=119>

9. Jensen J, Wiedmeier S, Henry E, Silver R, Christensen R. Linking Maternal Platelet Counts with Neonatal Platelet Counts and Outcomes Using the Data Repositories of a Multihospital Health Care System. *American Journal Of Perinatology* [en línea]. 2011.[citada febrero 2013]; 28(8): 597-603. Disponible en: CINAHL with Full Text. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=44&sid=24f3f5d8-2cf8-49f8-a1e8-c0d1dd03a702%40sessionmgr114&hid=24&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT11aG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2011247098>

10. Kosus N, Kosus A, Turhan N. Mean platelet volume as a marker of future cardiovascular disease risk in

pregnant women with impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance. *Turk Journal Medical Sciences*. [en línea] 2012 [citado junio 2013]; 42 (2): 245-251. Disponible en: <http://mistug.tubitak.gov.tr/bdyim/abs.php?dergi=sag&rak=1009-1159>

11. Sant'Anna Gomes B, Estalote A, Palatnik M, Pimenta G, Pereira B, Do Nascimento E. Prevalence, serologic and genetic studies of high expressers of the blood group A antigen on platelets Prevalence, serologic and genetic studies of high expressers of the blood group A antigen on platelets B. M. Sant'Anna Gomes et al. *Transfusion Medicine* [en línea]. (2010, Oct), [citado Junio 2013]; 20(5): 303-314. Disponible en: Academic Search Premier. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7883b521-c852-4ef2-b5f9-ad97929785a4%40sessionmgr12&vid=1&hid=9>

12- Selva P. Julio E. Anemia en el embarazo. *Revista hematológica mexicana*. [en línea] 2011 [citado marzo 2013];12(1):S28-S31. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/hematologia/suplemento/SUPLEMENTO1,2011/Hematologia%20supl%201/Hemato.%20supl%201.13%20ANEMIA%20EMBARAZO.pdf>.

13-Berggren U, Erikssoni M, FAHLKE C, BLENNOW K y BALLDIN1 JN. Different effects of smoking or use of smokeless tobacco on platelet MAO-B

activity in typy I alcohol-ddependent subjects. *Alcohol & Alcoholism*. [en línea] 2007 [citado en octubre 2014]; Vol. 42, No. 3, pp. 267–271. Disponible

en:
<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/42/3/267.full.pdf>

<i>Tabla 1. Prevalencia de trombocitopenia en embarazadas</i>			
		Prevalencia	Porcentaje valido
Plaquetas	Trombocitopenia	14	16.87%
	Normal	68	81.93 %
	Trombocitosis	1	1.20 %
Total		83	100.0 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos Frecuencia de Trombocitopenia de Adultas Embarazadas del Tercer Trimestre de Gestación Mediante Hemograma.

<i>Tabla 2. Grado de Trombocitopenia más frecuente en embarazadas</i>		
Trombocitopenia	Frecuencia	Porcentaje
Leve	10	71.4%
Moderada	4	28.6%
Total	14	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos Frecuencia de Trombocitopenia y factores asociados en adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación

Tabla 3. Trombocitopenia y factores sociodemográficos asociados en embarazadas

Variable		Trombocitopenia		Total
		Leve	Moderada	
Edad materna	< 25 años	7	2	9
	25 a 34 años	3	2	5
Total		10	4	14
Chi ² = 0.498		P= 0.480		
Número de gestaciones	1 a 2 gestas	5	1	6
	3 a 4 gestas	5	2	7
	> 5 gestas	0	1	2
Total		10	4	14
Chi ² = 2.917		P= 0.233		
Escolaridad	Primaria completa	1	1	2
	Primaria incompleta	2	1	3
	Secundaria completa	2	0	2
	Secundaria incompleta	4	2	6
	Universitaria completa	1	0	1
Total		10	4	14
Chi ² = 1.750		P= 0.782		
Estado Civil	Soltera	1	0	1
	Casada	0	1	1
	Unión libre	9	3	12
Total		10	4	14
Chi ² = 2.975		P= 0.226		

Tabla 4. Trombocitopenia y factores clínicos-obstétricos asociados en embarazadas

Variable		Trombocitopenia		Total
		Leve	Moderada	
Edad Gestacional	>29 a 33 semanas	1	0	1
	>33 a 37 semanas	5	2	7
	> 37 semanas	4	2	6
Total		10	4	14
		Chi ² = 0.467		P= 0.792
Enfermedades previas al embarazo	Anemia	0	1	1
	Negados	9	3	12
	Otros	1	0	1
Total		10	4	14
		Chi ² = 2.975		P= 0.226
Condiciones de embarazos previos	Sin complicaciones	4	1	5
	Anemia	1	0	1
	Múltiples	1	0	1
	preeclampsia-Eclampsia	0	2	2
	Parto prematuro	1	0	1
	No aplica	3	1	4
Total		10	4	14
		Chi ² = 6.405		P= 0.269
Enfermedades del embarazo actual	Sin complicaciones	3	1	4
	Anemia	1	1	2
	Placenta previa	1	0	1
	Parto prematuro	1	0	1
	Preeclampsia-Eclampsia	1	1	2
	Otros	3	1	4
Total		10	4	14
		Chi ² = 1.750		P= 0.883

Tabla 5. Variables trombocitopenia e historia hematológica familiar en embarazadas

Variables		Trombocitopenia		Total
		Leve	Moderada	
Antecedentes hematológicos familiares	Anemia	2	0	2
	Desconoce	0	2	2
	Negados	8	2	10
Total		10	4	14
		Chi ² = 6.160		P= 0.046

Fuente: Instrumento de recolección de datos Frecuencia de Trombocitopenia y factores asociados en adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación.

Tabla 6. Variables trombocitopenia y hallazgos hematológicos en embarazadas

Variables		Trombocitopenia		Total
		Leve	Moderada	
Volumen plaquetario medio	Normal	9	4	13
	Bajo	1	0	1
Total		10	4	14
		Chi ² = 0.431		P= 0.512
Grupo Sanguíneo	A+	5	1	6
	AB+	0	1	1
	O+	2	2	4
	Desconoce	3	0	3
Total		10	4	14
		Chi ² =5.017		P=0.171
Tiempo de sangría	Normal	10	4	14
Total		10	4	14
No se calcula valor estadístico porque es una constante				
Morfología Plaquetaria	Normal	9	2	11
	Aumentada	1	2	3
Total			4	14
		Chi ² = 2.715		P= 0.099

<i>Tabla 7. Tamaño plaquetario con VPM en embarazadas</i>				
Variables		Tamaño Plaquetario		Total
		Normal	Aumentada	
Volumen plaquetario medio	Normal	10	3	13
	Bajo	1	0	1
Total		11	3	14
Chi ² =0.294		P= 0.588		

Fuente: Instrumento de recolección de datos Frecuencia de Trombocitopenia y factores asociados en adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación.

Tabla 8. Variables trombocitopenia y factores metabólicos en embarazadas

Variable		Trombocitopenia		Total
		Leve	Moderada	
Glicemia	Alto	6	1	7
	Normal	4	2	6
	Bajo	0	1	1
Total		10	4	14
		Chi ² = 3.267		P= 0.195
Presión arterial	Normotensa	8	2	10
	Hipertensión leve a moderada	2	2	4
Total		10	4	14
		Chi ² = 1.260		P= 0.262
Uso de alcohol en embarazos anteriores	Si	3	0	3
	No	7	4	11
Total		10	4	14
		Chi ² = 1.527		P= 0.217
Uso de tabaco en embarazos anteriores	Si	1	1	2
	No	9	3	12
Total		10	4	14
		Chi ² = 0.525		P= 0.469
Uso de alcohol en el embarazo actual	Si	2	0	2
	No	8	4	12
Total		10	4	14
		Chi ² = 0.933		P= 0.334
Uso de tabaco en el embarazo actual	Si	0	1	1
	No	10	3	13
Total		10	4	14
		Chi ² = 2.692		P= 0.101

Fuente: Instrumento de recolección de datos Frecuencia de Trombocitopenia y factores asociados en adultas embarazadas del tercer trimestre de gestación.