



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MÉDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

FACTOR CRUCIAL EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA EN
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA DURANTE EL 2018

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
PRESENTADO POR: DR ORTEGA URIOSTEGUI HABACUC

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. DE LA CERDA ANGELES JUAN CARLOS

CIUDAD DE MÉXICO -2020-



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACION, ACTUALIZACION MEDICA E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FACTOR CRUCIAL EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA EN
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA DURANTE EL 2018

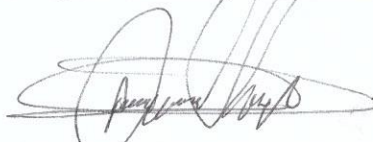
TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
PRESENTADO POR: DR ORTEGA URIOSTEGUI HABACUC

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. DE LA CERDA ANGELES JUAN CARLOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACTOR CRUCIAL EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA EN
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA DURANTE EL 2018



Autor: Dr. Ortega Uriostegui Habacuc

Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología Y Obstetricia de la
SSCDMX

Vo. Bo.



Dr. De La Cerda Ángeles Juan Carlos

Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano



Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

**FACTOR CRUCIAL EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA EN
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA DURANTE EL 2018**



Autor: Dr. Ortega Uriostegui Habacuc

**Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología Y Obstetricia de la
SSCDMX**

Vo. Bo.



Dr. De La Cerda Ángeles Juan Carlos

Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Joaquín y Trinidad quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mi el ejemplo de esfuerzo y valentía de no temer a las adversidades porque Dios esta conmigo siempre

A mis hermanos, Jair, Rubí y Jonathan por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus consejos y palabras de aliento hicieron de mi una mejor persona y de alguna u otra forma me acompañan en todas mis metas

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todos mis amigos por apoyarme cuando más los necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, mil gracias Giovanni e Iyari por estar siempre.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	
2. INTRODUCCIÓN.....	1
3. MATERIAL Y METODOS.....	22
4. RESULTADOS.....	29
5. DISCUSION.....	48
6. CLONCLUSIONES.....	49
7. RECOMENDACIONES.....	52
8. REFERENCIABI BBLIOGRAFICA.....	53

RESUMEN

Introducción. En México, la hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna, la atonía uterina es la principal causa de hemorragia obstétrica seguida de los desgarros perineales, la retención de restos y por último las alteraciones en la coagulación.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal. En donde se analizaron expedientes clínicos de las pacientes que presentaron hemorragia posterior al evento obstétrico, determinar la causa de hemorragia y cuál fue el manejo establecido. Los retrasos en el diagnóstico y en el manejo incrementan los riesgos de morbilidad y mortalidad. Uno de los principales problemas con el diagnóstico de hemorragia obstétrica es que la pérdida sanguínea es subjetiva y es observador dependiente y se utilizan en pocas situaciones manejo invasivo, como el pinzamiento de arterias uterinas y colocación del balón de Bakri, o suturas compresivas, desarterialización o histerectomía obstétrica y se realizan cuando la paciente se encuentra termodinámicamente inestable.

Resultado. De los 3628 nacimientos en el Hospital General Enrique Cabrera el 70% fue por vía vaginal de los cuales el 3% presentó hemorragia obstétrica y el 30% fue por vía cesárea y el 8% presentó hemorragia obstétrica.

Conclusión. La atonía uterina sigue siendo la principal causa de hemorragia obstétrica, se realiza tardíamente el pinzamiento de arterias uterinas y se realizan escasos procedimientos invasivos para su manejo.

Palabras Clave. Hemorragia, Atonía, parto, cesárea, pinzamiento de arterias uterinas

INTRODUCCION.

La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. La HPP es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo.¹

Existe controversia en cuanto a la definición de hemorragia obstétrica propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que es la pérdida sanguínea de 500 mL en un parto vaginal y 1000 mL en una cesárea, o cualquier pérdida sanguínea que implique inestabilidad hemodinámica y que esté relacionada con cualquier evento obstétrico.²

Existe controversia en cuanto a la definición de hemorragia obstétrica propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que es la pérdida sanguínea de 500 mL en un parto vaginal y 1000 mL en una cesárea, o cualquier pérdida sanguínea que implique inestabilidad hemodinámica y que esté relacionada con cualquier evento obstétrico. Hace poco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la hemorragia obstétrica como la pérdida sanguínea de 500 mL, sin importar la vía de terminación del embarazo.³

La mortalidad materna se debe principalmente por causas directas, es decir patologías propias del estado gravido-puerperal.³

CLASIFICACIÓN.

Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina.

Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.

FACTORES DE RIESGO

Se debe conocer los principales factores de riesgo para presentar un evento hemorrágico durante el embarazo, parto y postparto. Es importante conocerlos y tenerlos presentes para así poder estar preparado ante la eventualidad de que ocurra dicho evento e incluso, en ciertas situaciones, implementar las herramientas diagnósticas que estén disponibles para llegar a un diagnóstico etiológico y así, en muchos casos, poder ofrecer un tratamiento que evite o disminuya al mínimo la probabilidad de que se produzca una hemorragia importante que comprometa tanto la vida de la madre como del feto

Cicatrices uterinas, Edad Mayor a 35 años, Polihidramnios, Embarazo múltiple Multiparidad, Malnutrición Materna Anemia materna, Legrados previos Tabaquismo y consumo de drogas, Miomatosis Uterina, Hemorragia en embarazos previos, Trabajo de parto prolongado, Patología Materna crónica.⁴

CAUSAS DE HEMORRAGIA OBSTETRICA

Las causas de hemorragia obstétrica incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla mnemotécnica para recordarlas son las 4 "T": Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación)

ATONÍA UTERINA

Es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las Hemorragia posparto Factores de riesgo: sobre distensión uterina (por gestación múltiple, Hidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), Corioamnioitis (fiebre, Ruptura de membranas prolongada)

TRAUMATISMO

Hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

– Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de Hemorragia posparto después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales auto limitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.⁵

RUPTURA UTERINA

El riesgo genérico de rotura uterina en una mujer con cesárea anterior se sitúa alrededor del 0.5%, pero puede variar según diferentes aspectos que deben ser tenidos en cuenta para efectuar un asesoramiento individualizado. Los principales factores asociados a la rotura uterina son:

Los factores que condicionan la indicación de una cesárea electiva (Contraindicaciones absolutas al parto vaginal): o 3 o más cesáreas previas

- Ruptura uterina previa
- Incisión uterina previa no segmentaria. En caso de no poder conocer el tipo de incisión uterina se considera que puede optarse a parto vaginal.⁶

DEHISCENCIA UTERINA

La dehiscencia es generalmente asintomática y de diagnóstico accidental en casos tales como durante una cesárea electiva

Es poco frecuente que la dehiscencia uterina sea sintomática fuera del contexto del parto y puede ser una causa de hemorragia post-parto tardía. Presentamos el caso de una paciente en puerperio tardío posterior a parto vaginal quien presentó metrorragia durante el primer mes y cuyo diagnóstico de dehiscencia uterina fue establecido⁷

INVERSIÓN UTERINA

La inversión uterina obstétrica es una entidad rara, y una de las complicaciones más graves del tercer estadio del parto que pone en peligro la vida de la parturienta. La inversión del útero consiste en un cambio de disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante

Los factores de riesgo se asocian a un inadecuado manejo de la tercera etapa del parto. Se describen entre ellos la tracción inapropiada del cordón umbilical, las maniobras de presión fúngica (maniobra de Credé), la extracción manual de la placenta, el acretismo placentario y la presencia de un cordón corto. Aunque es raro, puede asociarse con malformaciones congénitas del útero.

La inversión uterina puerperal es una complicación excesivamente rara y muy seria que ocurre en el tercer estadio del trabajo de parto; los grandes estudios reportan una incidencia de 1:20 000-1:25 000 partos (la estadística más frecuente indica 1:1 860 después de cesárea a 1:3 737 partos vaginales)

Clasificación

- Aguda: en las primeras 24 horas del puerperio.
- Subaguda: de 24 horas hasta el primer mes.
- Crónica: por más de 3 semanas.⁸

ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN.

Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.

La enfermedad de von Willebrand (EvW) es un trastorno generalmente hereditario, ligado al cromosoma 12, que ocasiona una alteración cuantitativa o funcional del factor von Willebrand (FvW). Las funciones de esta proteína son permitir la adhesión de las plaquetas a las células endoteliales y estabilizar y transportar el factor anti hemofílico, o factor VIII. Por tanto, aunque el efecto principal de esta enfermedad sea la alteración en la agregación plaquetaria (hemostasia primaria), la deficiencia del factor VIII afecta a la formación de fibrina (hemostasia secundaria)

Es la coagulopatía más frecuente en la población general, tanto en hombres como en mujeres, con una prevalencia estimada del 1-2%. Se diferencian 3 tipos principales

Los tipos 1 y 3 de EvW se deben a un déficit cuantitativo de FvW. En la EvW tipo 1, la más frecuente (un 75% de todos los casos de EvW), ocurre un déficit parcial de FvW con una función normal, de ahí su escasa o nula sintomatología hemorrágica. La EvW tipo 3 es la menos frecuente y la más grave de todas, pues la presencia de FvW es escasa o nula. La EvW tipo 2 representa el 20- 25% de todos los casos. Se caracteriza por un defecto en la estructura del FvW, provocando una actividad menor a la normal pero con un recuento normal de FvW. En la EvW tipo 2 se diferencian varios subtipos, aunque el más común es el 2A, en el que el defecto en el FvW ocasiona que las plaquetas no se unan bien.⁹

DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA OBSTETRICA

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. Se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina y ruptura uterina.

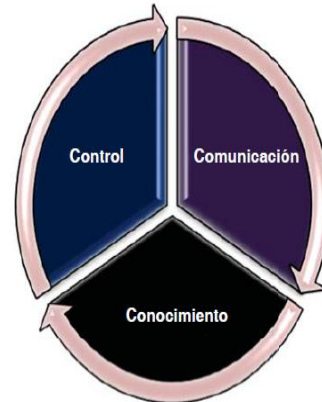
En la mayoría de los casos, la hemorragia postparto se debe a la atonía uterina, al iniciar el tratamiento farmacológico, realice una exploración rigurosa del canal de parto para excluir las alteraciones del tracto genital inferior y la inversión uterina. Para la estimación de la pérdida sanguínea los clínicos deben de usar marcadores clínicos (signos y síntomas) así como la evaluación visual de la pérdida sanguínea.

El manejo cuando la hemorragia obstétrica está en curso requiere ser multidisciplinario que incluye mantener la estabilidad hemodinámica mientras se identifica de manera simultánea y se trata la causa de la pérdida sanguínea.¹⁰

ALGORITMO DE LAS 3 C

1.- Contención del sangrado

Cuando se ha determinado una pérdida mayor a la esperada, y se debe evitar mediante tres maniobras básicas y una cuarta acción que es la aplicación de un balón de Bakri.



Esquema de las 3 «C».

- La compresión aórtica abdominal

Consiste en colocar el puño en el abdomen a dos centímetros por arriba de cicatriz umbilical y dos centímetros a la izquierda de la línea media, verificando disminución de pulso femoral.

- La compresión bimanual.

Colocar un puño a través del canal vaginal y con la mano contralateral realizar presión en el fondo uterino.

- Pinzamiento de las arterias uterinas por vía vaginal. Consiste en colocar en el

Ligamento cardinal de cada lado una pinza de anillos curva.

- Aplicación de un balón de Bakri.

Éste es el primer cambio de paradigma, evitar el sangrado mediante el cierre inmediato del sitio de hemorragia

2.- COMUNIUCACIÓN

Activar el código de ayuda, **código mater o código rojo**. Monitorización, continua de la paciente y el registro de todas las acciones a través de una lista de cotejo. Personal calificado para resolver estos casos de urgencia y alta complejidad.

3.- CONOCER LA ETIOLOGÍA

Para finalizar con este algoritmo se debe identificar la etiología del sangrado a través de las causas que lo producen, frecuentemente agrupadas en las 4 «T».

Tono, se ha identificado que en cerca de 40-60% de los casos la causa principal de sangrado es la atonía.

Trauma, su presentación es hasta en el 20-25% de los sangrados, las causas principales corresponden a lesiones uterinas, cervicales o del canal de parto.

Tejido, un 10% de los sangrados son causados por presencia o persistencia de tejido placentario y/o acretismo parcial o total. **Trombina**, entre el 1-5% las causas derivadas de esta condición responden a enfermedades asociadas con el proceso de coagulación donde las trombofilias responden a este rubro principalmente.¹¹

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.

OXITÓCINA

La oxitocina es el fármaco más utilizado en la hemorragia obstétrica. La dosis recomendada es variable entre las distintas instituciones, pero es conveniente destacar que además de resultar útil para tratar la atonía uterina su uso se asocia, especialmente cuando se administra en bolo, a vasodilatación periférica, aumento del gasto cardiaco, vasodilatación, taquicardia e hipotensión arterial. Se ha documentado en alguna ocasión la aparición de casos de isquemia miocárdica asociada a su uso.

Dosis recomendada 20 Unidades Internacionales en solución o 10 UI IV directas. Después del nacimiento del hombro anterior.¹²

ERGONOVINA

Los alcaloides ergóticos se usan cuando la oxitocina no es efectiva (segunda línea); 0,2 mg de metilergonovina intramuscular, El comienzo de Acción tiene lugar 2-5 minutos después de la administración intramuscular. La duración es de aproximadamente 4-6 horas. Las inyecciones IV no se recomiendan pues se han descrito accidentes cardiovasculares maternos graves provocan una contracción uterina tetánica. Estos fármacos causan una vasoconstricción intensa debida a una estimulación adrenérgica profunda. Están contraindicados en pacientes con hipertensión, preeclampsia, cardiopatía isquémica o hipertensión pulmonar.

Dosis recomendada. 0.2mg intramuscular, cuando la oxitocina no presentó resultado favorable.¹²

CARBETOCINA

Análogo sintético de la oxitocina que posee una acción prolongada y propiedades agonistas, uniéndose a sus receptores en la musculatura lisa uterina, produciendo contracciones rítmicas del útero, aumento de la frecuencia de contracciones existentes y aumento de la tonicidad de la musculatura uterina. El comienzo de la contracción uterina a partir de su administración se produce a los dos minutos con una duración de 60 minutos IV y 120 minutos IM. Se puede administrar en forma IV en bolo lento en por lo menos 1 minuto (acción inmediata) o IM. Se utiliza una única dosis de 100mg (1ml).¹²

MISOPROSTOL

Es un análogo sintético de la PGE 1 que se administra por vía rectal en una dosis de 600-800 mcg. La vida media es de 20-40 minutos y se excreta principalmente por la orina. Se han informado efectos dosis dependientes como: cólicos, diarreas, vómitos, epigastralgias, cefaleas, exantema cutáneo, mareos, hipotensión arterial e hipertermia. Se contraindica en pacientes con antecedentes de asma bronquial, urticaria u otras patologías de etiología alérgica e hipersensibilidad a los derivados prostaglandínicos.¹²

COMPRESIÓN UTERINA BIMANUAL

Se inserta una mano en la vagina y se cierra conformando un puño. Esta mano se sitúa en el fondo de saco anterior y se aplica presión contra la pared anterior del útero. Con la otra mano, presionar profundamente el abdomen detrás del útero, aplicando presión contra la pared posterior del órgano. Mantener la presión hasta que el sangrado sea controlado y el útero se encuentre bien retraído.¹²

MANEJO NO INVASIVO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA

PINZAMIENTO VAGINAL DE ARTERIAS UTERINAS

Al detectarse una hemorragia uterina mayor a 500mL que no responde a las maniobras habituales de masaje bimanual uterino y aplicación de manejo farmacológico, se procederá a las siguientes maniobras.

1. Colocación de valva anterior y valva posterior en la vagina para visualizar el cérvix.
2. Pinzamiento del cérvix en su labio anterior con pinza de anillos recta y pinzamiento del cérvix en labio posterior con la segunda pinza de anillos recta en el centro del mismo
3. Se movilizan las valvas anterior y posterior al lado izquierdo de la vagina, deslizando las pinzas de anillos hasta observar la comisura cervical.
4. Se palpa el ligamento cardinal izquierdo.
5. Se coloca pinza de anillos curva con dirección medial que parta de la unión del ligamento cardinal con el útero hacia el centro del mismo en forma horizontal para lograr pinzar la arteria uterina izquierda.
6. Se movilizan las valvas hacia el lado derecho junto con las pinzas de anillos para visualizar la comisura y ligamento cardinal del lado derecho.
7. Se procede a la colocación de pinza de anillos curva con dirección medial, hacia el centro del útero en forma horizontal, con el objeto de pinzar la arteria uterina derecha dejando un espacio suficiente para efectuar revisión instrumentada de la cavidad uterina.

8. Al verificar la hemostasia, se retiran pinzas de anillos rectas y se procede a realizar abordaje sistemático de causas de hemorragia obstétrica

9. En casos refractarios al manejo se procede a recolocación de pinzas y se pasa a la paciente a histerectomía obstétrica. Cabe mencionar que el retiro de las pinzas debe realizarse al momento de ligar la arteria uterina por vía abdominal de cada lado.¹³

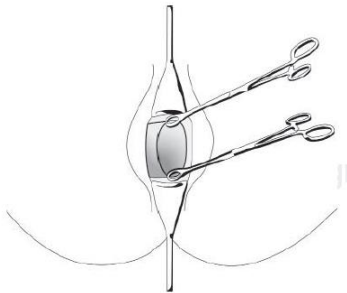


Figura 1. Colocación de pinzas de anillos rectas en labio anterior y posterior de cérvix.

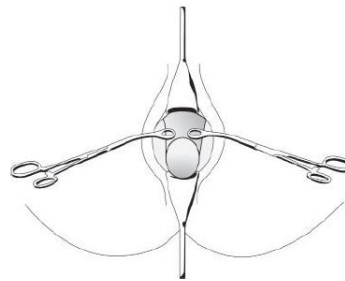


Figura 4. Colocación final de pinzas de anillos curvos.

El pinzamiento se debe realizar hasta encontrar la causa de la hemorragia, o al ceder la hemorragia, con un tiempo de pinzamiento aproximadamente de 10-20 minutos, posterior a este tiempo se debe decidir despinzar, y en caso de persistir hemorragia iniciar manejo invasivo.¹⁻¹³

BALÓN DE BAKRI

El uso de balones de silicona o látex, el balón de Bakri reporta una tasa de éxito de 80 a 100%. El balón de Bakri es un dispositivo de silicón para taponamiento intrauterino, mide 54 centímetros de largo y su grosor es de 24 French; tiene doble luz, por una de ellas es posible vigilar y cuantificar el sangrado procedente de la cavidad uterina; es el único autorizado por la FDA para el control de la hemorragia posparto. Su mecanismo de acción se basa en el incremento de la presión intraluminal sobre las paredes uterinas y, por lo tanto, sobre la vasculatura uterina. Esta presión uniforme sobre los sinusoides impide el flujo sanguíneo hasta que los mecanismos hemostáticos contengan definitivamente la hemorragia, El objetivo de este estudio fue: analizar la tasa de éxito del balón de Bakri en el control de la hemorragia obstétrica y calcular el volumen de llenado del balón con parámetros clínicos, sus indicaciones en un inicio fueron en los casos de acretismo placentario.

Prueba de taponamiento. En todos los casos se realizó llenado del balón hasta el cese de la hemorragia o máximo de 600 mL; la prueba de taponamiento se consideró positiva si la hemorragia se inhibió y negativa en caso de persistencia. Se consideraron fallas de la técnica: prueba de taponamiento negativa y episodios de hemorragia recurrente. Y exitosa cuando el procedimiento se acompañó del cese inmediato de la hemorragia, sin recurrencia. La colocación del balón la efectuaron médicos ginecólogos.¹⁴

MANEJO INVASIVO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

SUTURA COMPRESIVA

Una de las principales causas de muerte en el mundo es la hemorragia posparto y uno de los recursos quirúrgicos para inhibirla es la sutura compresiva uterina descrita por Christopher B-Lynch con sus modificaciones.

La técnica consiste en el paso de una sutura continua por el útero para aplicar compresión sostenida a las paredes del útero. Este procedimiento es mucho más rápido y simple que efectuar una histerectomía o ligadura de la arteria ílfaca interna; sobre todo si el objetivo principal es preservar la fertilidad.

Es necesario extraer el útero de la cavidad abdominal; después del alumbramiento se realiza la sutura compresiva del útero. La técnica consiste en el paso de una sutura continua uterina en la cara anterior y posterior del útero con material reabsorbible. El procedimiento se inicia con una aguja semicircular roma de 36.4 mm, montada con sutura monocryl del número 1¹⁵

TECNICA DE B-LYNCH.

- a) Se utiliza una sutura de catgut crómico o monocryl del número 2 con aguja curva de 70 mm de longitud y se coloca el primer punto 3 cm debajo del borde lateral derecho de la incisión uterina y a 3 cm del borde lateral derecho del útero.
- b) La aguja atraviesa la cavidad uterina para emerger 3 cm por encima del margen de la incisión uterina y a 4 cm del borde lateral del útero.
- c) La sutura crómica, ahora nuevamente visible, es pasada sobre el fondo del útero comprimido, aproximadamente a 3-4 cm del borde del cuerno uterino derecho

d) Se da un punto con orientación horizontal en la pared posterior del útero a nivel de la cara posterior derecha del segmento uterino inferior entrando a la cavidad uterina, a la misma altura en la que se colocó el punto superior en la cara anterior del útero, saliendo por la cara posterior izquierda del segmento uterino inferior.

e) La sutura es traccionada en forma vertical nuevamente y es pasada sobre el fondo uterino en el lado izquierdo de atrás hacia delante

f) Con la aguja se entra a la cavidad uterina en el lado izquierdo anterior en forma similar a lo realizado e lado derecho, pero esta vez comenzando por encima de la incisión uterina y sale 3 cm debajo del margen de dicha incisión.

g) Las dos puntas de la sutura son firmemente traccionadas, mientras el asistente nuevamente comprime el útero con ambas manos. Esto se realiza para minimizar

h) Con la continua compresión del útero, el cirujano principal realiza un nudo doble, seguido por dos o tres nudos más para asegurar la tensión. Se pueden anudar antes o después de realizar la histerorrafia, con la salvedad de que si se anuda antes es recomendable primero realizar una sutura de ángulo a cada lado, porque tiende a ser más difícil posteriormente.¹⁶

DESARTERIALIZACIÓN DE ARTERIAS UTERINAS

En la desarterialización de arterias uterinas se realiza la ligadura bilateral de la arteria uterina y de las arterias útero-ováricas. Existe la técnica de triple ligadura de Tsurulnikov, realizada por primera vez en 1979, la cual se ha propuesto como la más completa devascularización ya que se ligan las arterias uterinas, las arterias útero-ováricas y la arteria de los ligamentos redondos. En nuestro medio se realiza la técnica conocida como de Posadas, la cual consiste en exteriorizar el útero de la cavidad abdominal (el ayudante hace tracción del útero hacia el pubis con una compresa húmeda), se visualizan las arterias uterinas en la cara

posterior del útero y se coloca un punto con aguja de medio círculo de 37 mm y sutura absorbible del número 1 que abarca 2 cm de miometrio. Posteriormente, se pasa a través del ligamento ancho involucrando al paquete vascular uterino en un solo tiempo, 2 cm por debajo de la histerotomía o segmento uterino, este procedimiento se realiza para cada arteria uterina. Para ligar la arteria tubaria interna se deben localizar las ramas de la arteria ovárica, siguiendo el trayecto del vaso que se dirige hacia la porción proximal de la trompa y visualizando su trayecto a través del ligamento ancho. Se coloca un punto transitorio con aguja de medio círculo de 37 mm y sutura absorbible del número 0, se verifica la hemostasia y se regresa el útero a la cavidad.¹⁷

LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGASTRICAS

La técnica fue descrita por Kelly en 1894, en los Estados Unidos; quien al parecer fue el primero en realizar y describir la intervención; y tomó tanta importancia en el manejo de la hemorragia postparto, que no en vano se describe en varias publicaciones que debe realizarse de forma profiláctica, principalmente en las hemorragias incoercibles por rotura uterina, útero de Couvelaire, traumatismos durante el trabajo de parto y parto; así como en los trastornos adherenciales de la placenta, atonía uterina, volumen sanguíneo materno disminuido, afecciones obstétricas que predisponen a trastornos de la coagulación, entre otros; ya que la ligadura reduce el flujo sanguíneo del útero hasta en un 80 %, aunque, infortunadamente, la mayoría de nuestros obstetras y ginecólogos no suelen estar familiarizados con el campo quirúrgico retroperitoneal, por lo que realizan este procedimiento con poca frecuencia . Las indicaciones obstétricas de la ligadura de dichas arterias se han ampliado cada vez más y se puede realizar con fines profilácticos y terapéuticos. Entre las indicaciones obstétricas terapéuticas se citan: como complemento a la histerectomía, embarazos ectópicos cervicales sangrantes, estallamiento vaginal con hemorragias

incoercibles, grandes hematomas perineales espontáneos o por suturas deficientes de la episiorrafia y ruptura o atonía uterina. Por su parte, las indicaciones obstétricas profilácticas son: complementaria en el tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical, como medida conservadora en la atonía uterina (e incluso en el útero de Couvelaire sin coagulopatía grave) o previa a la histerectomía obstétrica.

Los resultados de la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas son buenos y eficaces en el control de hemorragia postparto, preservando el útero, pero se han publicado pocos casos y la casuística publicada suele ser limitada. No obstante, resaltamos que su tasa de éxitos oscila entre el 42 y 93 % y que su temprana realización disminuye la morbilidad de la paciente asociada a la hemorragia.

El objetivo del presente estudio es describir las características generales y los resultados postoperatorios de una serie de casos de mujeres con hemorragia postparto, sometidas a ligadura bilateral de las arterias hipogástricas.¹⁸

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

El vocablo histerectomía proviene de las voces griegas: isteros (útero) y ectomia (extirpación). La histerectomía obstétrica es una intervención que luego de extraer al feto por histerotomía se extirpa el útero. Se indica para tratar distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente por el incremento del riesgo de hemorragia. La intervención puede justificarse después de una cesárea, parto vaginal, legrado o durante el puerperio mediato o tardío. La hemorragia posparto ocurre en 90% de las pacientes y es, principalmente, secundaria a atonía uterina y a trastornos en la implantación de la placenta.¹⁶

Histerectomía de urgencia

Hemorragia posparto debida a: atonía uterina, placenta previa, placenta acreta, hematoma retroplacentario. En pacientes con útero de Couvelaire debe plantearse la posibilidad de histerectomía.

Lesión traumática: rotura uterina, cicatriz de cesárea anterior, postaborto tras legrado, o rotura de embarazo ectópico cornual o cervical. En las roturas uterinas, la laparotomía y sutura del defecto suelen aliviar el cuadro en la mayoría de los casos. En algunas situaciones de lesiones irreparables, gran inestabilidad hemodinámica o incluso infecciones, la histerectomía se torna necesaria; desgarro de la vía vaginal, con hemorragia intensa y serios trastornos de coagulación, aunque es indicación muy discutible.

Etiología médica: coagulopatías por síndrome de HELLP, esteatosis hepática gravídica, preeclampsia grave. Si la hemorragia es abundante puede desencadenarse una coagulopatía por consumo, que agrava la situación hemodinámica de la paciente.

Infección: estados infecciosos severos que favorecen la sepsis sin respuesta al tratamiento con antibióticos y que requiera desfocalización. Endometritis posparto complicadas con pelvi-peritonitis, o de origen pélvico que sobre infectan el útero, incluso tromboflebitis pélvicas que persisten a pesar del tratamiento intenso con antibiótico. Puesto que existe el riesgo de choque séptico materno la mejor opción es la histerectomía.¹⁹

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia obstétrica es sin duda una de las complicaciones más frecuentes en la mujer embarazada según la organización mundial de la salud, presentándose en la mayor parte de las veces posterior al alumbramiento, generalmente con atonía uterina, siendo la causas de mortalidad materna más importante, debido a diversos factores de riesgo que presenta cada paciente, como son la multiparidad, extremos de la vida, antecedentes de hemorragia obstétrica, fetos macrosomicos, poli hidramnios, embarazo múltiple, enfermedades hipertensivas trabajo de parto prolongado, y estancia prologada en toco cirugía, que en ocasiones dichos factores no son detectados desde su ingreso por el personal de salud, al presentar la hemorragia obstétrica el personal de salud toma decisiones tardías para la resolución del embarazo y para el manejo de la hemorragia, como el retardo en uso de fármacos uterotónicos, el pinzamiento retardado de arterias uterinas y colocación de balón de Bakri o el manejo con técnicas avanzadas, como la desarterialización, el uso de suturas compresivas, la loigadura de arterias hipogastricas o la histerectomía

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen diversas causas de hemorragia obstétrica, la atonía uterina es la principal causa, seguida de desgarros perineales, y retención de restos ovulo-placentarios, y con menor frecuencia las alteraciones en la coagulación aumentando la morbilidad Materna, no solo a nivel local si no a nivel mundial. Esta complicación se debe al no detectar factores de riesgo desde el ingreso de la paciente a sala de toco-cirugía o durante su estancia en ella, también se ha observado una atención retardada en el manejo de la hemorragia, con el uso de fármacos uterotonicos de manera consecutiva o escalonada, también al realizar a destiempo procedimientos mayores tales como pinzamiento de las arterias uterinas con técnica Zea, el cual está indicado cuando la paciente ha presentado un sangrado importante mayor a 500 mil. que compromete su estado hemodinámico de la paciente o una toma de decisiones tardías de realizar un manejo invasivo, como el realizar suturas compresivas o ligadura de arterias uterinas o manejos radicales como la histerectomía obstétrica, en la mayoría de situaciones se toma esta decisión cuando la paciente se encuentra inestable para someterse a un procedimiento quirúrgico, o en algunas otras no se realiza estos procedimientos, presentando sangrados importantes, que incrementa la morbilidad y mortalidad materna por una mala toma de decisiones o en su defecto no tomar una decisión de realizar un procedimiento invasivo y solo realizar manejo farmacológico,

OBJETIVOS

Objetivo Principal.

- Identificar, el factor principal de la hemorragia obstétrica en hospital general Enrique Cabrera durante del 2018

Objetivos Específicos.

- Determinar la frecuencia de hemorragia obstétrica durante el 2018
- Determinar la edad más frecuente de pacientes es que presentaron hemorragia obstétrica.
- Determinar antecedente obstétrico más importante para hemorragia, partos o cesáreas previas
- Determinar la causa más frecuente de hemorragia obstétrica
- Determinar la vía de resolución que presentó más hemorragia obstétrica
- Determinar pacientes que respondieron a fármacos
- Determinar frecuencia de paciente requirió pinzamiento de arterias uterinas
- Determinar frecuencia las pacientes que requirieron manejo invasivo
- Determinar pacientes que requirieron histerectomía obstétrica
- Determinar número de muertes maternas por hemorragia obstétrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Donde se analizarán los expedientes clínicos del archivo clínico de paciente que fueron atendidos durante el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2018 en el Hospital Dr. Enrique Cabrera Cosío y presentaron hemorragia obstétrica, descartando paciente que fueron referidas de otros hospitales. Las pacientes que fueron atendidas durante este periodo y presentaron hemorragia obstétrica, se recabará información del expediente clínico mediante hoja de recolección de datos diseñada previamente para este estudio, se recabará información de características, sociales y antecedentes obstétricos como (edad, número de embarazos, número de partos, número de cesáreas, número de abortos, resolución de último evento obstétrico, cantidad de sangrado, tiempo de estancia en labor, trabajo de parto prolongado, feto macrosómico, adolescente, si presentó enfermedad hipertensiva, causa de la hemorragia, manejo de la hemorragia) así mismo se analizará quien presentaron mayor hemorragia obstétrica si las que se resolvieron por parto o por cesárea y el manejo que recibieron cada una de ellas en relación a la cantidad de sangrado presentado, cuántas recibieron manejo farmacológico, manejo no invasivo, manejo invasivo y cuántas terminaron en histerectomía obstétrica.

TIPOS DE VARIABLES

VARIABLE/CONSTRUCTO (Índice-Indicador/categoría-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Universal	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento del ser vivo, hasta un momento concreto	Cuantitativa	Años
Número de embarazos	Dependiente	Número de embarazos que ha tenido el paciente independientemente haya sido parto, o aborto.	Cuantitativa continua	Número de embarazos
Parto	Dependiente	resolución fisiológica o inducida el cual se realiza coordinando movimiento desplazamientos que expulsa al producto de la concepción a través del canal pélvico	Cuantitativa Discreta	número de partos
Cesárea	Dependiente	operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre el cual consiste en realizar una incisión en la pared abdominal uterina	Cuantitativa Discreta	Número de cesáreas
Aborto	Dependiente	Interrupción del embarazo antes de la semana 22 de gestación o con peso menor a 500g de manera espontánea o voluntaria	Cuantitativa Discreta	Numero de abortos
Último evento obstétrico	Dependiente	Última forma de terminación del embarazo a sea por parto cesárea o aborto	Cualitativa nominal	1.- parto 2.- cesárea 3.- aborto
Tiempo de estancia en labor	Dependiente	Número de horas en tococirugía desde su Ingreso hasta el nacimiento del feto		1.- 0-4 horas 2.- 5 a 8 horas 3.- 8 a 12 horas 4.- más de 12 horas
Trabajo de parto prolongado	Dependiente	Duración del trabajo por más de 20 horas. en primigestas y más de 14 horas con partos previos	Cualitativa	1. SI 2. No
Feto Macroscópico	Dependiente	Feto mayor a 4000g	Cualitativa	1.- SI 2.- No
Adolescente	Dependiente	Etapa en donde se alcanza la madurez reproductiva que va de los 10 a los 19 años	Cuantitativa	1.- SI 2.- No
Enfermedad hipertensiva	Dependiente	Presión arterial sistólica mayor o igual a 140/90mmg o diastólica mayor o igual de 90mmg con o sin proteinuria	Cualitativa	1.- SI 2.- No
Causa de hemorragia obstétrica	Dependiente	Atonía. Pérdida de tono de la musculatura uterina que conlleva a la ausencia de contracción Desgarro vaginal. Pérdida de continuidad de la mucosa vaginal Retención de restos, expulsión Incompleta de tejido ovuloplacentario Alteraciones en la coagulación. alteración en la agregación plaquetaria por deficiencia arcial total del factor VIII	Cualitativa	1.- Atonía 2.- Desgarros 3.- Retención de restos 4.- Alteraciones en la coagulación
Manejo de hemorragia	Independiente	Uterotónicos. Un agente para provocar contracciones uterinas Pinzamiento de arterias uterinas. Técnica temporal que se caracteriza por comprimir las arterias uterinas para disminuir el sangrado posparto Baldón compresivo. meto compresivo no Invasivo por vía vaginal Técnicas avanzadas. Abordaje abdominal hemostático para manejo de hemorragia obstétrica	Cualitativa	1.- uterotonicos 2.- pinzamiento 3.- baldón de bakri 4.- técnicas avanzadas
SANGRADO	Independiente	Cantidad de sangrado presentado pos evento obstétrico	Cuantitativa	500 500-1000 1000-1500 1500 a 2000 Más de 2000

TIPO DE MUESTRA

Probabilístico sistemático

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiaron 173 pacientes, mediante muestreo probabilístico sistemático, las cuales presentaron hemorragia obstétrica registrada en estadísticas con clave CIE 10 0-72 – O71 De hemorragia obstétrica posparto

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

Expedientes clínicos de pacientes que fueron atendidas en el periodo de 01 de enero del 2018 al 32 de diciembre del 2018 y presentaron hemorragia obstétrica

EXCLUSIÓN

- Pacientes referidas de otro hospital con diagnóstico de hemorragia obstétrica
- Hemorragia obstétrica secundario a embarazo ectópico roto

INTERRUPCIÓN.

Ninguno

ELIMINACIÓN

Ninguno

PROGRAMA ESTADÍSTICO Y BASE DE DATOS

Las mujeres atendidas por un evento obstétrico y presentaron hemorragia obstétrica se les recabará información de los expedientes mediante una hoja de recolección de datos previamente diseñada para este estudio. Se recabará información de características, sociales y antecedentes obstétricos como (edad, número de embarazos, número de partos, número de cesáreas, número de abortos, resolución de último evento obstétrico, cantidad de sangrado, tiempo de estancia en labor, trabajo de parto prolongado, feto macrosómico, adolescente, si presentó enfermedad hipertensiva, causa de la hemorragia, manejo de la hemorragia) fueron registradas un total de 173 paciente que presentaron hemorragia obstétrica posterior a parto, cesárea o legrado, y se estudió el tipo de manejo otorgado en relación a la cantidad de sangrado presentado.

RIESGO ÉTICO

Este estudio se apega a los principios científicos y éticos de la declaración de Helsinki de 1964 enmendada Tokio en 1975 por la Asociación Médica Mundial y a la Ley General de Salud en materia de investigación sin riesgo, según lo establecido en su artículo 100, respetando la confidencialidad de los pacientes con resguardo de datos y sin exposición a riesgos o daños innecesario, mismos que justifican la investigación médica para una contribución a solución de problemas de salud y planificación familiar. Así mismo, es autorizado por el comité local de bioética e investigación.

INSTRUMENTOS

Cédula de captura en base a criterios establecidos para identificación de pacientes quienes presentaron hemorragia obstétrica, revisada por asesores clínicos y metodológicos, en la que se agregaron variables para obtener información sobre características sociales, y antecedentes Ginecoobstétricos presentados, como factores de riesgo para presentar hemorragia obstétrica, la cantidad de sangrado posterior al evento obstétrico, y tipo de manejo que recibió cada paciente, elaborando con estos datos tablas y gráficos para el registro de los resultados obtenidos.

LOGÍSTICA

Se realizó un protocolo de estudio, autorizado por el comité de investigación, en base a información obtenida del departamento de estadística del Hospital General Dr. Enrique Cabrera. De pacientes que fueron atendidas del 01 enero de 2017 a 31 de Diciembre del 2018 y presentaron diagnóstico de hemorragia obstétrica con CIE 10 de O72 Mediante muestreo probabilístico sistemático, se seleccionaron a 173 pacientes que representan estadísticamente el 90% de confiabilidad del estudio.

Cronograma de actividades. (Tabla I)

Actividad	Meses-semanas																			
	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica	■																			
Realización de protocolo de investigación		■																		
Autorización del protocolo de investigación			■																	
Recolección de datos				■	■	■	■													
Análisis de datos								■	■	■	■									
Revisión de resultados												■	■							
Elaboración de conclusiones													■	■						
Revisión de conclusiones															■	■				
Realización de correcciones																	■	■		
Entrega final																				■

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza análisis estadístico en el programa Excel y SPSS versión 20.0 posterior a captura de datos. Se aplica estadística descriptiva utilizando para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión, utilizando prueba de Kolmogorov-Smirnov, además de evaluar normalidad de las variables. Para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes mediante el análisis el uso de herramientas estadísticas descriptivas. Además, se aplica estadística inferencial utilizando tablas de contingencia.

Durante el 2018 se atendieron un total de 3628 pacientes, 2549 partos y 1079 cesáreas, con la siguiente muestra estadística.

La muestra se conformó por 173 pacientes, que corresponden a 81 partos, 85 cesáreas y 7 legrados quienes presentaron hemorragia obstétrica, través de estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central a través del paquete estadístico SPSS para Windows versión 20

RESULTADOS

HISTOGRAMA

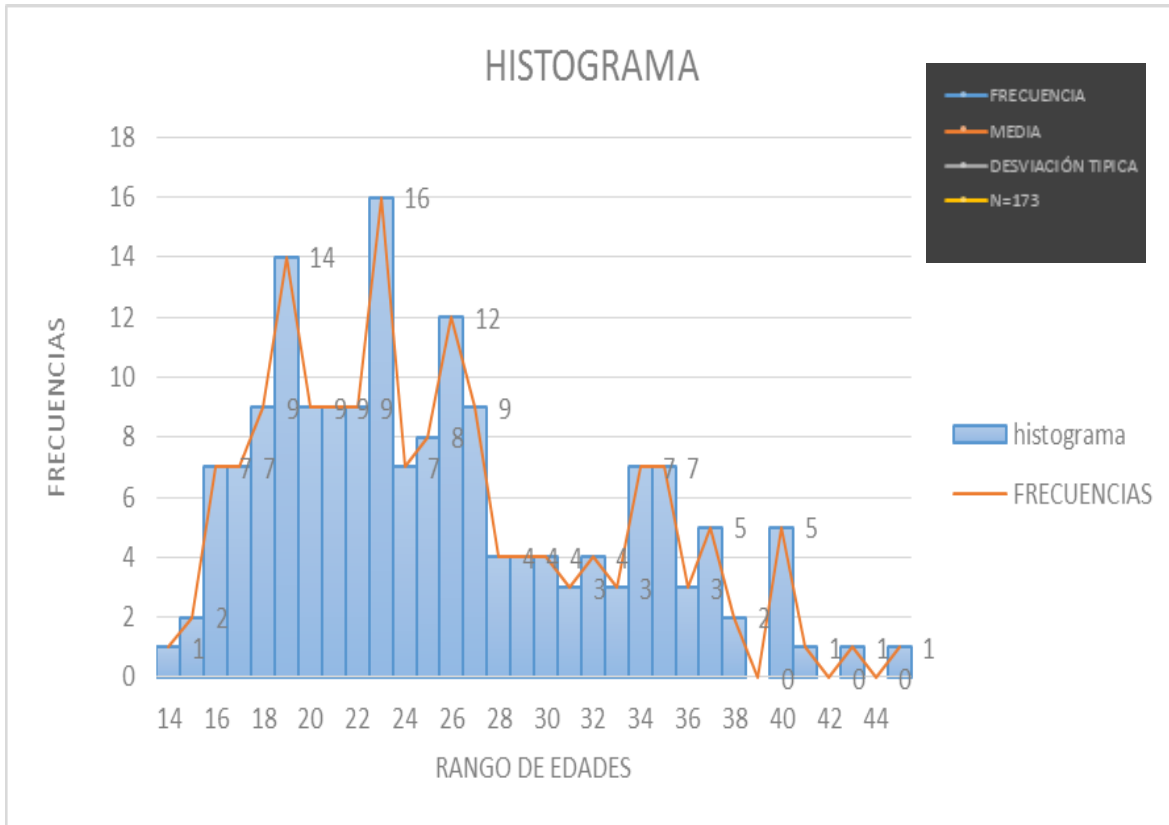


Figura I.

MEDIA	29.5
DIVICIÓN TIPÍCA	4.5
N.	173

Tabla I. FUENTE: archivo clínico del HGEC

El rango de edades de 14 a 45 años con una edad promedio de 29.5 ± 4.5 como se observa en el histograma (Figura 1)

ESTADISTICA DE NACIMIENTOS Y PORCENTAJE DE HEMORRAGIA OBSTTERICA

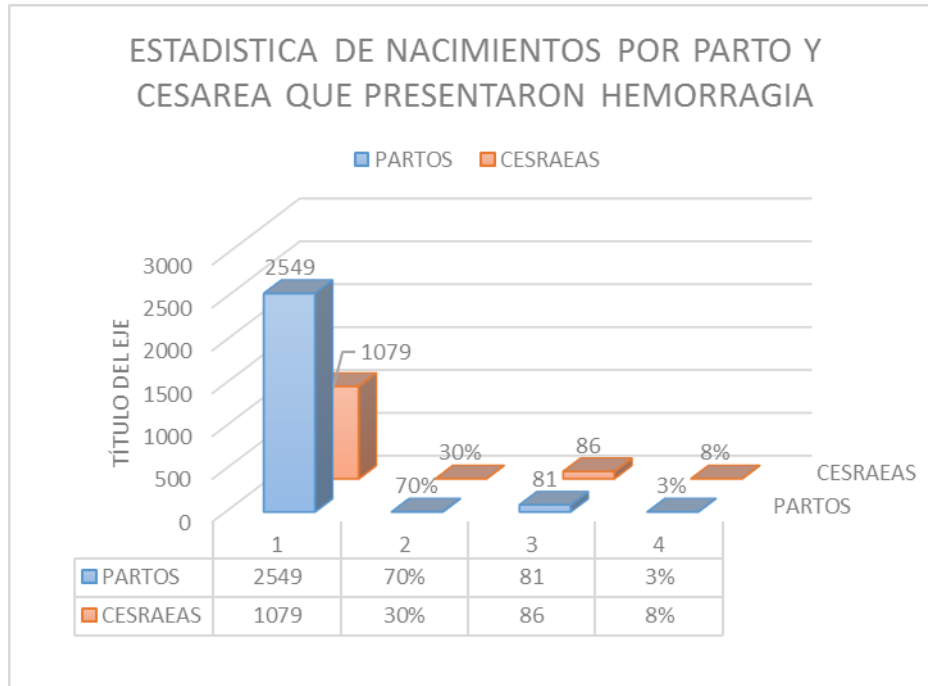


FIGURA II

Se describe el número de nacimiento presentados durante el año 2018 en el Hospital General Enrique Cabrera, Con un total de 3628 que corresponden a 2549 obtenidos por vía vaginal (70%) de los cuales 81 presentaron hemorragia obstétrica (3%) y 1070 por vía abdominal de los cuales 86 presentaron hemorragia obstétrica (8%)

**PORCENTAJE DE PACIENTE DE ACUERDO AL NÚMERO DE GESTAS
DESDE PRIMIGESTAS HASTA LA 10MA GESTA**

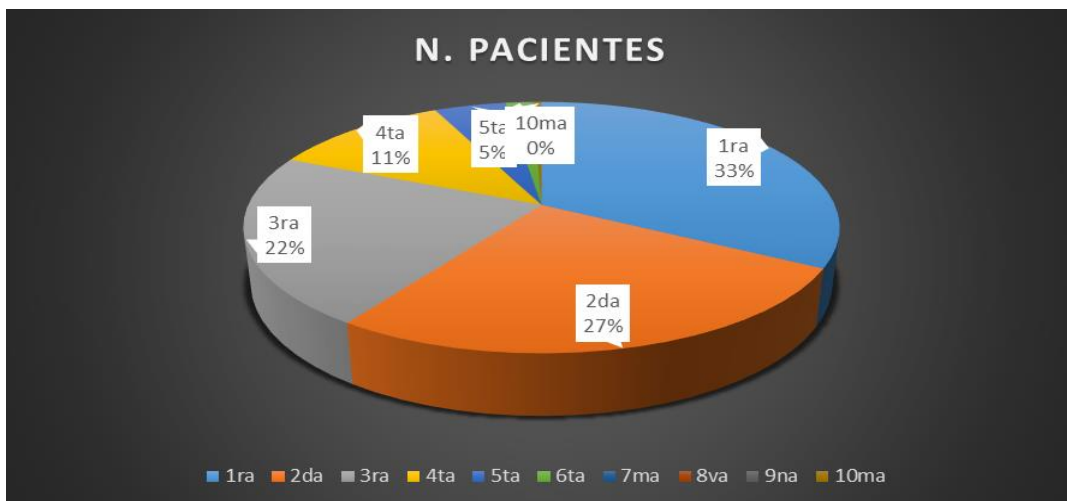


FIGURA III

GESTAS	N. PACIENTES	PORCENTAJE
1ra	57	32.9%
2da	46	26.6%
3ra	38	22.0%
4ta	20	11.6%
5ta	8	4.6%
6ta	3	1.7%
7ma	0	0.0%
8va	0	0.0%
9na	0	0.0%
10ma	1	0.6%
	173	100.0%

Mediana	5.5
Varianza	220.230157
Desviación Estandar	14.8401535

Tabla II. II FUENTE: archivo clínico del HGEC

Las primigestas fueron 57 pacientes que corresponden al (32.9%) Las secundigesta fueron 46 pacientes que corresponden al (26%) La terceras gestas fueron 38 que corresponde al (22%) Cuartas gestas fueron 20 que corresponde al (11.6%) quinta gesta 8 pacientes que corresponde al (4.6%) sexta gesta fueron 3 que corresponden al (1.7%) séptima, octava y novena no tuvimos pacientes y decima gesta 1 paciente que corresponde al (0.6%). (Ver figura 2)

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTABAN PÁRTOS PREVIOS.

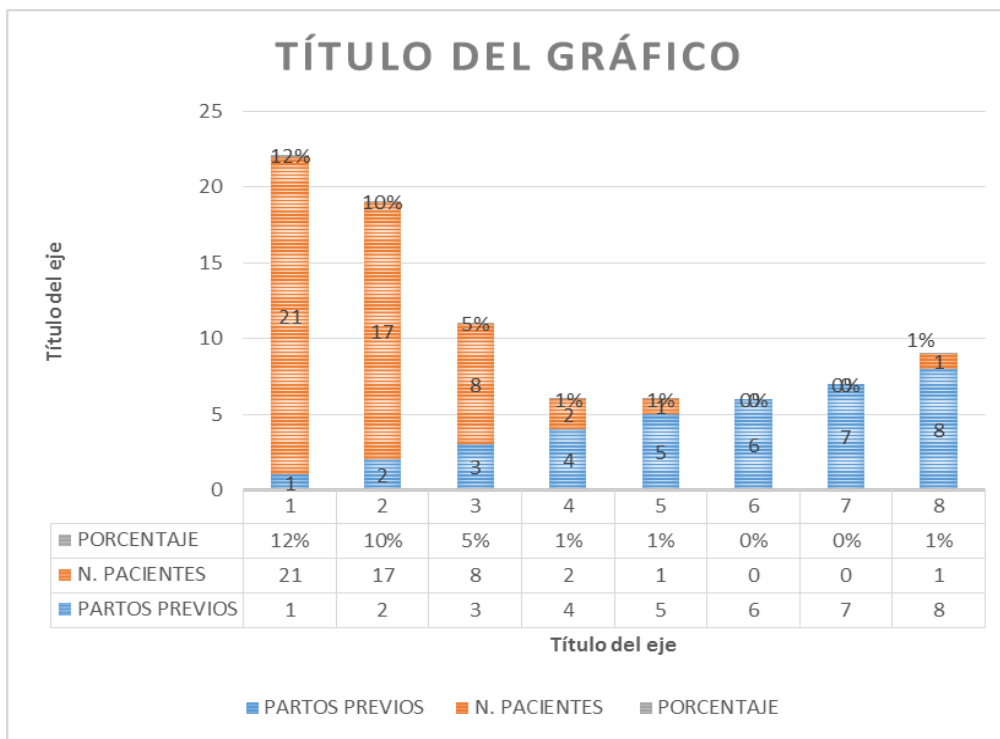


FIGURA IV

PARTOS PREVIOS	N. PACIENTES	PORCENTAJE
UNO	21	12%
DOS	17	10%
TRES	8	5%
CUATRO	2	1%
CINCO	1	1%
SEIS	0	0%
SIETE	0	0%
OCHO	1	1%
TOTAL	50	29%

MEDIANA	4.5
VARIANZA	30.1645779
DESVIACIÓN ESTANDAR	5.49222887

Tabla II FUENTE: archivo clínico del HGEC

Representamos las paciente que presentaron partos previos, de las 173 paciente 50 tenían partos previos, que representa el (29%) de las pacientes como se representa en la en la (figura 3)

REEPRESENTACION DE PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREAS

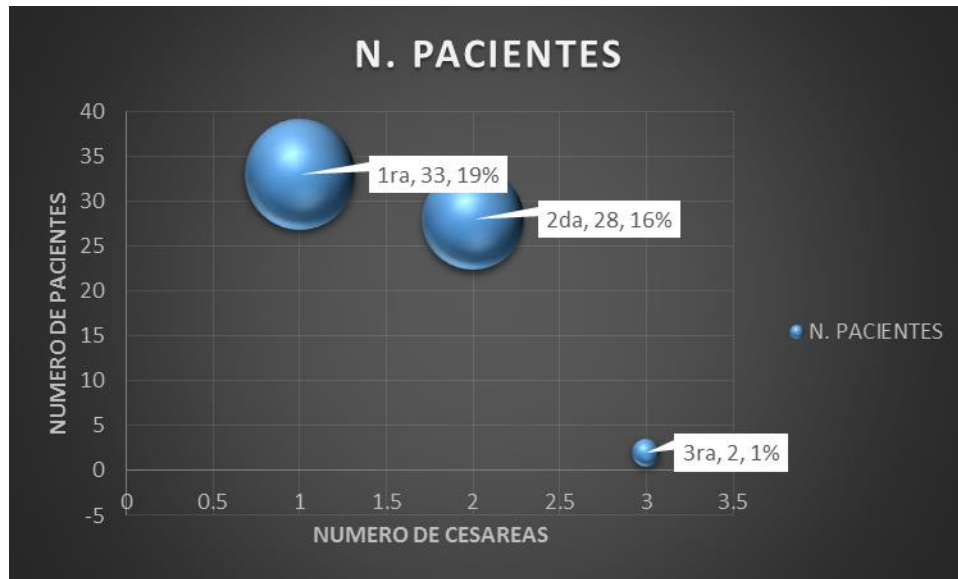


FIGURA V

CESAREAS	N. PACIENTES	PORCENTAJE
1ra	33	19%
2da	28	16%
3ra	2	1%
TOTAL	63	36%

MEDIANA	2
VARIANZA	169.558021
DESVIACIÓN ESTANDAR	13.0214446

Tabla III. FUENTE: archivo clínico del HGEC

Representación gráfica de las pacientes que presentaron cesáreas previas, de un total de 173 pacientes 33 pacientes tenían antecedente de 1 cesare previa que corresponde al (19%) 28 pacientes contaban con antecedente de 2 cesáreas previas que corresponden al (16%) y 2 pacientes contaban con antecedente de 3 cesáreas previas que representan en (1 %)

REPRESENTACION DE PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ABORTOS

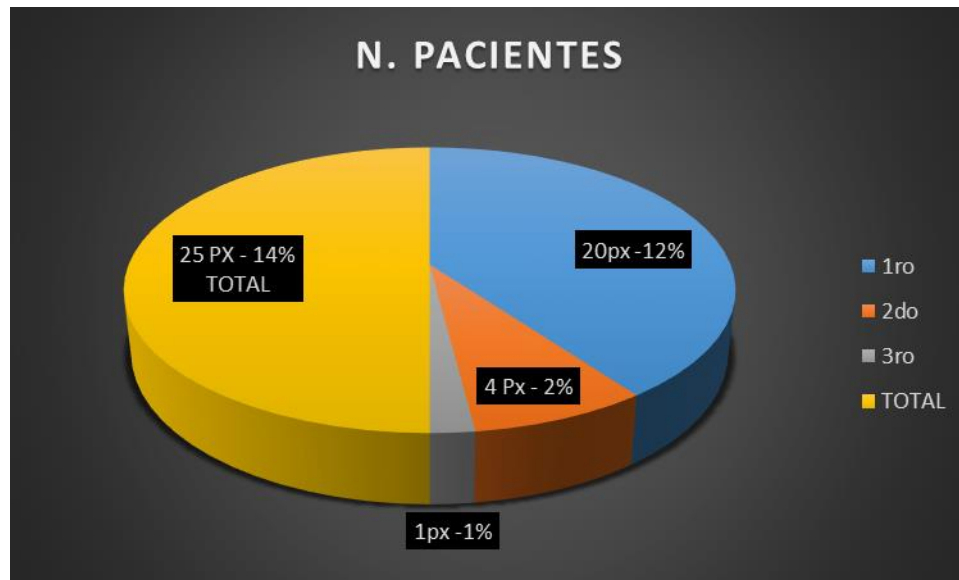


FIGURA VI

ABORTOS	N. PACIENTES	PORCENTAJE
1ro	20	12%
2do	4	2%
3ro	1	1%
TOTAL	25	14%

MEDIANA	2
VARIANZA	40.4047913
DESVIACIÓN ESTANDAR	6.35647633

Tabla IV. FUENTE: archivo clínico del HGEC.

Representación gráfica de pacientes con antecedente de abortos previos, del total de 173 pacientes, 25 Pacientes que corresponden 14% tenían abortos previos, 20 pacientes presentaron 1 aborto previo que corresponden al (12%) 4 pacientes presentaron 2 abortos previos y una paciente presento 1 aborto previo que equivale al 0.56% redondeando a 1%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA VIA RESOLUCIÓN YA SE POR PARTO, CESAREA O LEGRADO

Figura VII. FUENTE: archivo clínico del HGEC

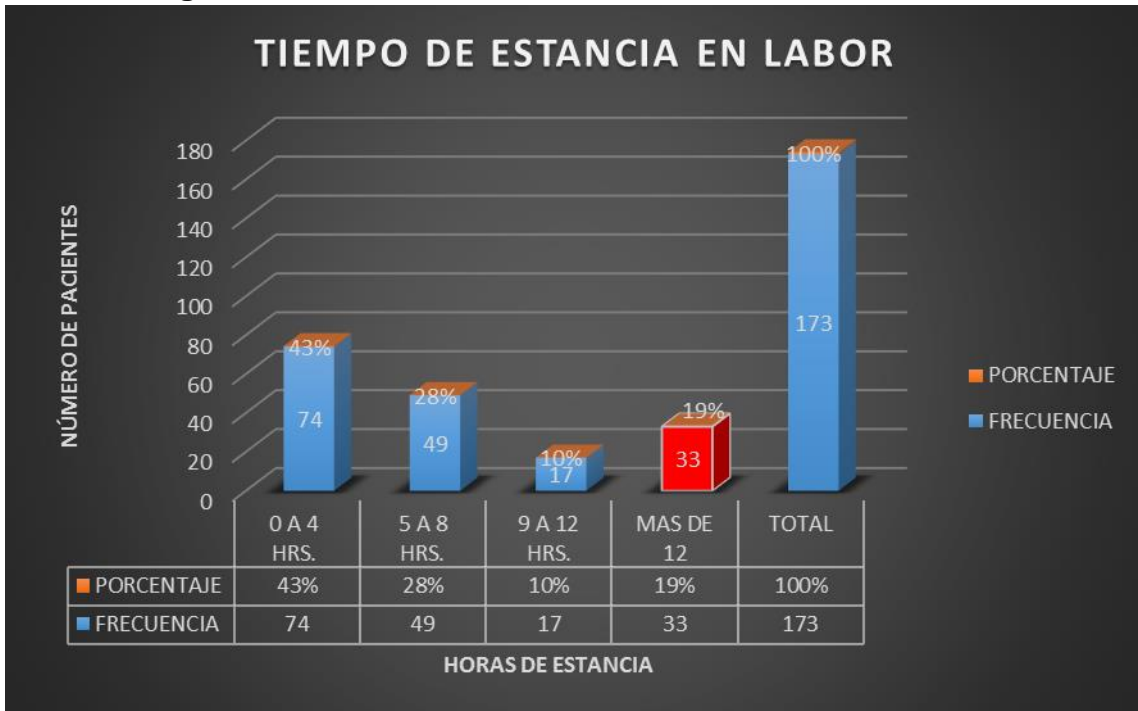


VARIANZA	1757.89245
DESVIACION ESTANDAR	41.9272281

Tenemos la representación gráfica de la vía de resolución más frecuente y sus porcentajes, en donde se explica que la resolución más frecuente es por vía cesárea con 85 paciente y un porcentaje del 49% La vía vaginal con 81 paciente que corresponden al 47% y legrados con 7 paciente y un porcentaje del 4% con un total de 173 pacientes que presentaron hemorragia obstétrica referentes al 100% de los pacientes

TIEMPO DE ESTANCIA EN LABORTO

Figura VIII. . FUENTE: archivo clínico del HGEC



MEDIANA	
VARIANZA	781.544176
DESVIACIÓN ESTANDAR	27.9561116

En la figura 7 representamos el total de las 173 pacientes que presentaron hemorragia obstétrica, en porcentaje y frecuencia, que 74 paciente estuvieron de 0 a 4 hrs. En sala de labor que representa un (43%) 49 pacientes estuvieron de 5 a 8 hrs. Que representan el (28%) 33 pacientes estuvieron de más de 12 hrs. Que representan el (19%) y 17 pacientes estuvieron entre 9 a 12 hrs que representan el (17%)

Es importante resaltar que el 19% de los pacientes estuvieron más de 12 hrs en sala de labor, un dato importante para presentar hemorragia obstétrica.

PACIENTES QUE PRESENTARON TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

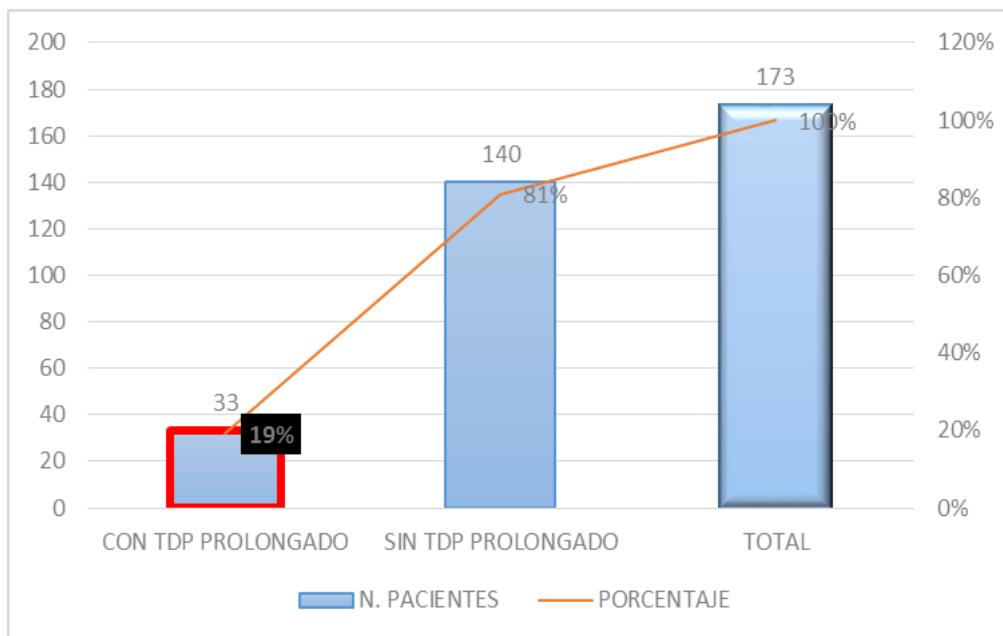


FIGURA IX.

PACIENTES	N. PACIENTES	PORCENTAJE
CON TDP PROLONGADO	33	19%
SIN TDP PROLONGADO	140	81%
TOTAL	173	100%

TABLA VI. UENTE: archivo clínico del HGEC

MEDIANA	
VARIANZA	4373.56376
DESVIACIÓN ESTANDAR	66.1329249

Representación gráfica de 173 paciente de los cuales 140 paciente no presentaron trabajo de parto prolongado que corresponden al 81% sin embargo 33 paciente presentaron trabajo de parto prolongado que corresponde al (19%) del total de los pacientes, una cifra considerable para riesgo de hemorragia obstétrica

FRECUENCIA DEL PACIENTES QUE TUVIERON FETOS MACROSÓMICOS

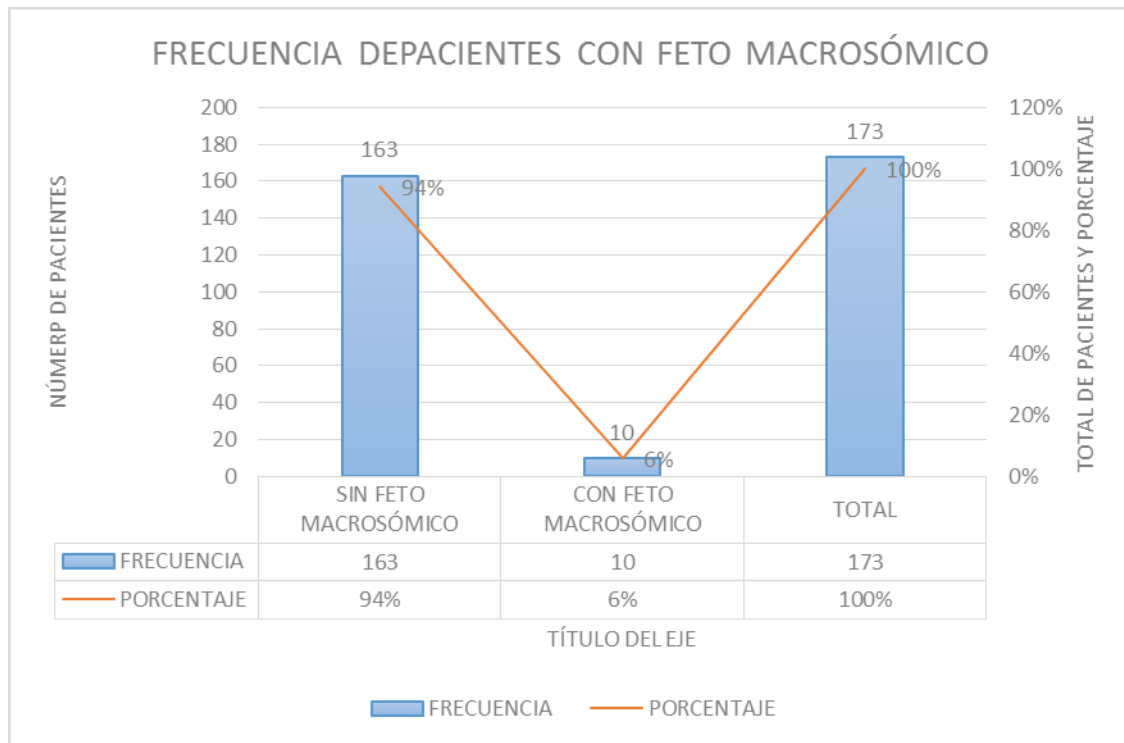


Figura X. FUENTE: archivo clínico del HGEC

MEDIANA	
VARIANZA	6366.96369
DESVIACIÓN ESTANDAR	79.7932559

Representación gráfica y estadística de 173 pacientes que presentaron hemorragia obstétrica y tuvieron fetos macrosómicos solo 10 pacientes tuvieron feto macrosómico que corresponden al 6% el resto de los pacientes que fueron 162 tuvieron un feto de peso normal correspondiente al (94%)

PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA OBSTETICA Y FUERON ADOLESCENTES

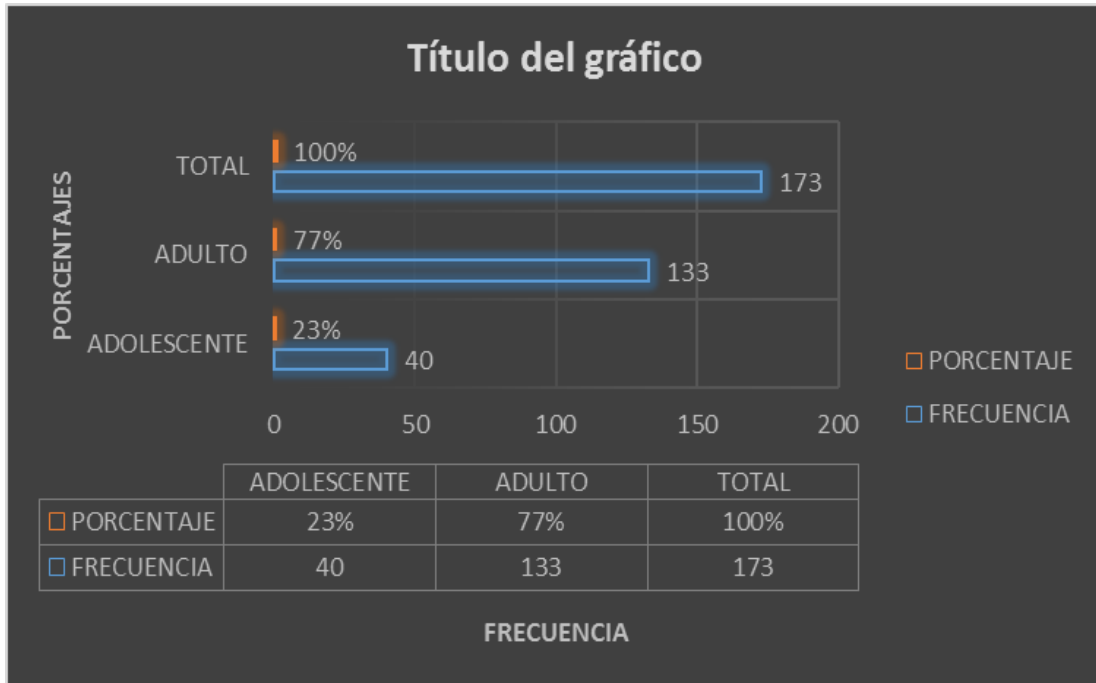


FIGURA XI. FUENTE: archivo clínico del HGEC

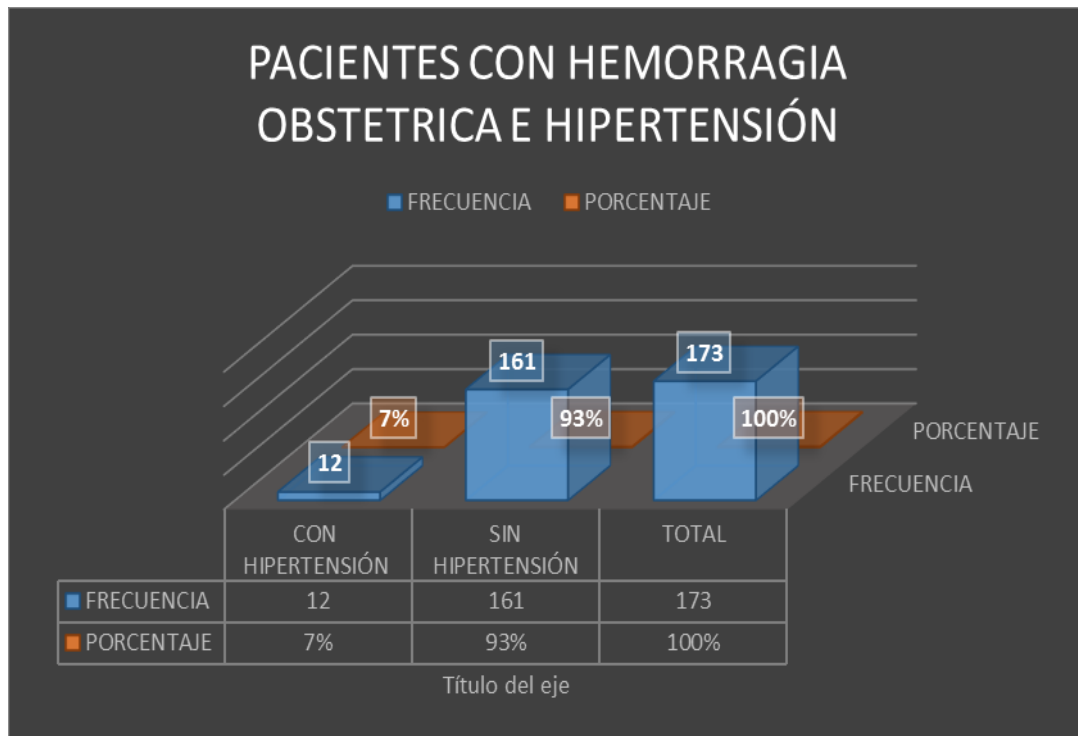
MEDIANA	
VARIANZA	3906.8815
DESVIACIÓN ESTANDAR	62.5050518

Representación gráfica de 173 pacientes que presentaron hemorragia obstétrica, que corresponden a 133 pacientes adultos representando el (77%) y 40 adolescentes representando el (23%)

Más del 20% son pacientes adolescentes un factor de riesgo importante para presentar hemorragia obstétrica.

PACIENTES QUE CURSARON CON HEMORRAGIA OBSTETRICA Y ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

FIGURA XII. . FUENTE: archivo clínico del HGEC



MEDIANA	
VARIANZA	6165.62363
DESVIACIÓN ESTANDAR	78.5214852

Representación gráfica y descriptiva de los 173 pacientes que presentaron hemorragia obstétrica, en color azul los pacientes que presentaron hemorragia más hipertensión que fueron solo 12 pacientes correspondientes al 7% y 161 pacientes que no presentaron enfermedad hipertensiva que corresponde al 93%

CAUSAS DE HEMORRAGIA OBSTETERICA

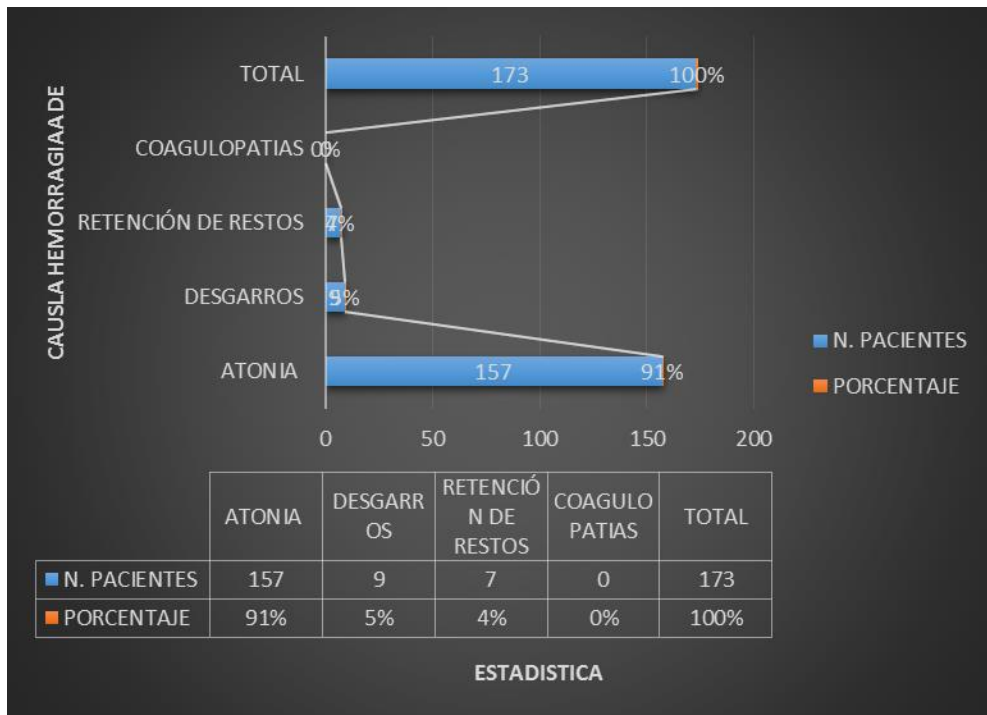


FIGURA XIII. FUENTE: archivo clínico del HGEC

MEDIANA	
VARIANZA	2999.33256
DESVIACIÓN ESTANDAR	54.7661626

Grafica representación gráfica de las causas de hemorragia obstétrica, como principal causa de hemorragia es la atonía uterina con 151 pacientes que corresponden al (91%) seguida de los desgarros con 9 pacientes que corresponden al (5%) y la retención de restos con 7 pacientes que corresponden al (4%) Las coagulopatias no tuvieron pacientes representativos.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETERICA

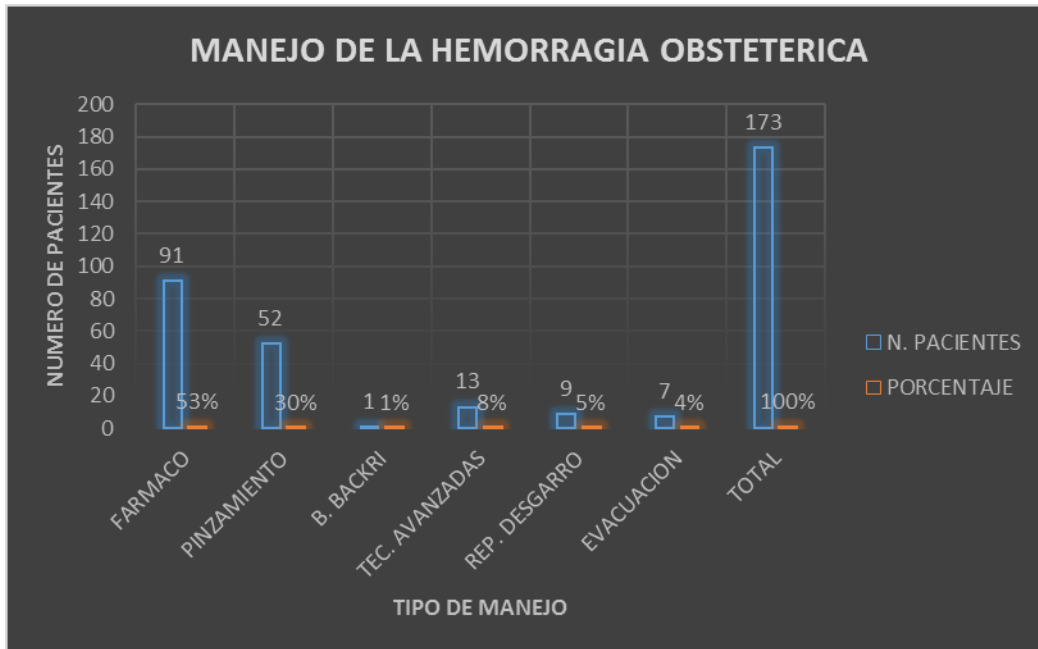


FIGURA XIV. FUENTE: archivo clínico del HGEC

MEDIANA	
VARIANZA	796.579733
DESVIACIÓN ESTANDAR	28.2237441

Representación del tipo de manejo realizado de las pacientes que presentaron hemorragia obstétrica. 91 Paciente solo fueron manejados solo con puro fármaco que corresponden al (53%) 52 pacientes recibieron pinzamiento de arterias uterinas que corresponden al (30%) solo a 1 paciente se le aplicó Backri que corresponde al (1%) 13 paciente recibieron manejo con técnicas avanzadas que corresponde al (8%) 9 pacientes se les realizó reparación de desgarro que corresponde al (5%) y 7 pacientes recibieron evacuación uterina correspondientes al (4%)

SANGRADO PRESENTADO DE LAS PACIENTES

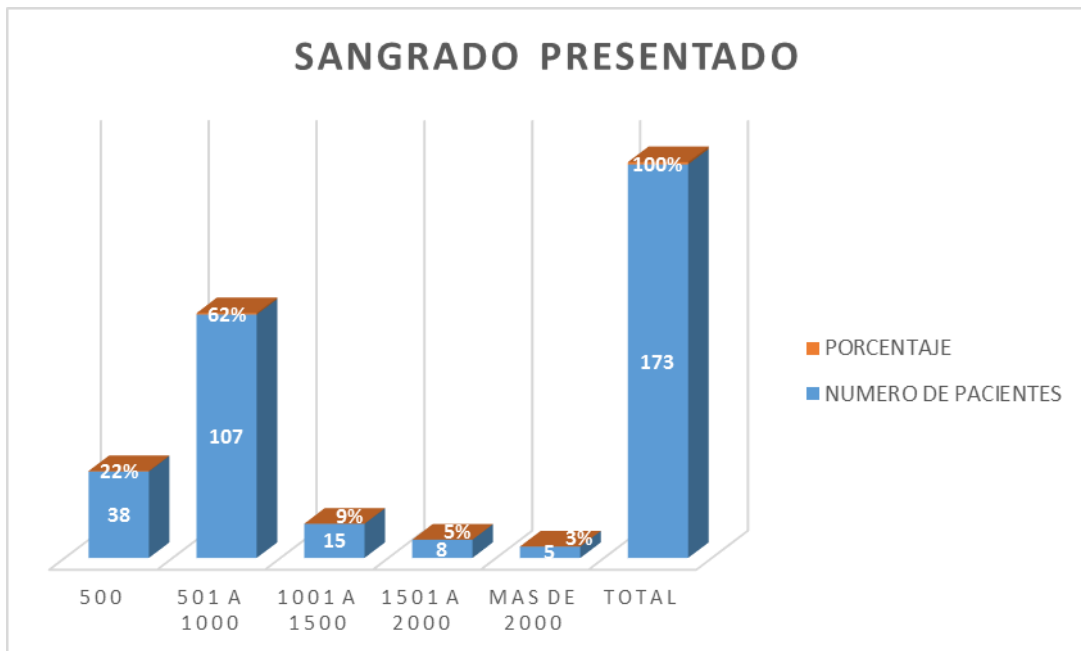


Figura XV FUENTE: archivo clínico del HGEC

VARIANZA	1131.093475
DESVIACIÓN ESTANDAR	33.63173316

Representación gráfica de acuerdo a la cantidad de sangrado presentado por paciente, 38 paciente tuvieron un sangrado de 500 que corresponde al (22%) de los pacientes sangrado de 501 a 1000 lo presentaron 107 pacientes que corresponden al (62%) de los pacientes sangrado de 1001 a 1500 lo presentaron 15 pacientes que corresponde al (9%) sangrado de 1501 a 200 lo presentaron 8 pacientes que corresponden al (8%) de los pacientes y por ultimo sangrado mayor a 2000 lo presentaron 5 pacientes que corresponde al (3%) de los pacientes

MANEJO DE LA HEMORRAGIA POS PARTO DE ACUERDO AL SANGRADO

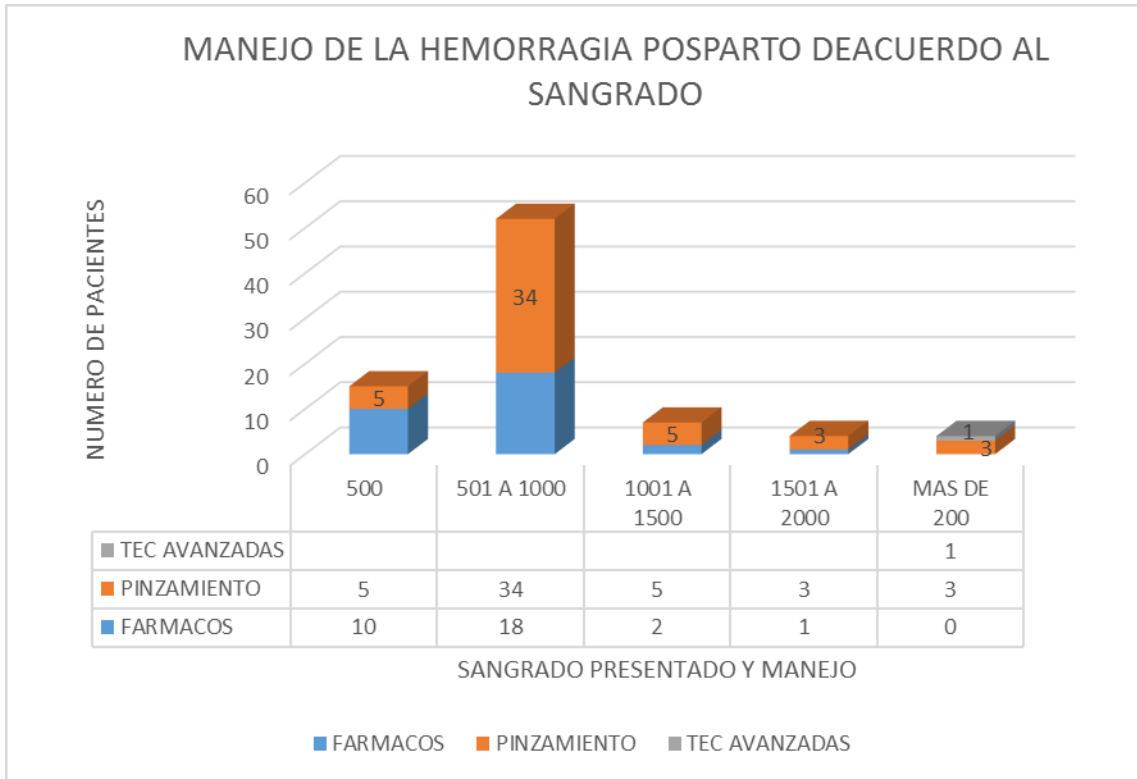


FIGURA VXI.

MEDIANAN		
VARIANZA		200.783333
DESVIACION ESTANDAR		14.1698036

MANEJO DE LOS PARTOS

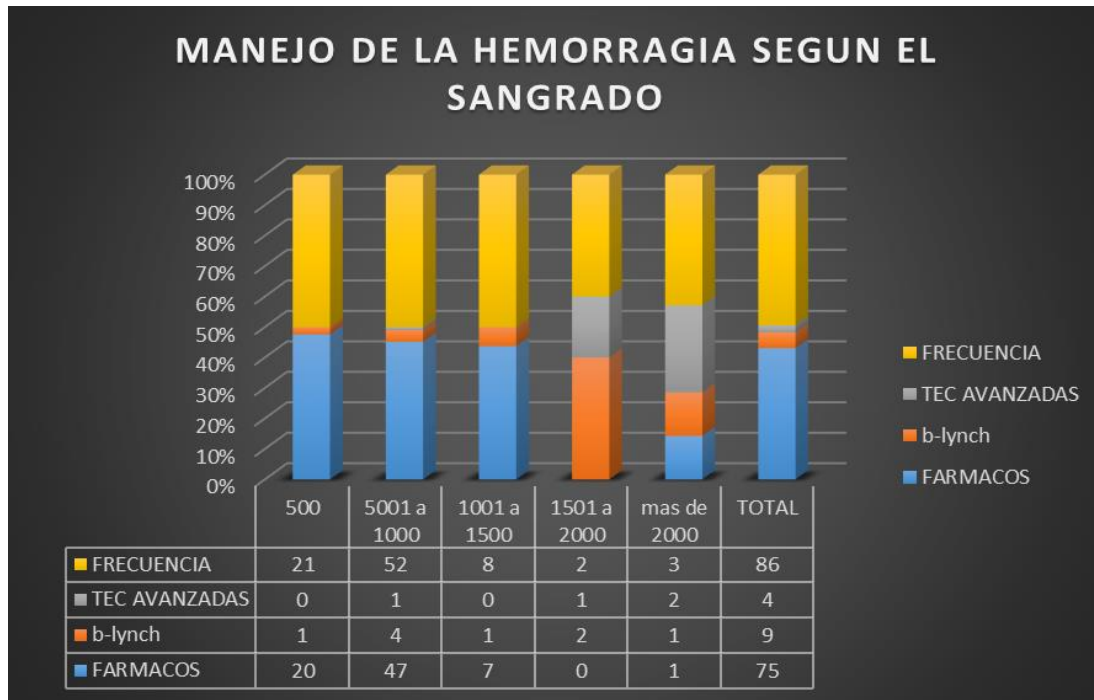
SANGRADO	FARMACOS	PINZAMIENTO	TEC AVANZADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
500	10	5		15	9%
501 A 1000	18	34		52	30%
1001 A 1500	2	5		7	
1501 A 2000	1	3		4	4%
MAS DE 200	0	2	1	3	2%
TOTAL	31	49	1	81	47%

Imagen representativa en relación con la tabla en donde se explica de las 173 pacientes con antecedente de hemorragia obstétrica, 81 pacientes que corresponden al 47% fueron partos y se explica el manejo otorgado de acuerdo al sangrado obtenido, en la primera barra se explican 15 pacientes que presentaron 500cc de sangrado 10 pacientes fueron manejados solo con fármacos y 5 fueron manejado con fármacos y pinzamiento de arterias uterinas. Segunda barra pacientes que presentaron sangrado de 501 a 100cc que fueron 52 pacientes, 18 fueron manejados con fármacos y 34 con fármacos y pinzamiento de arterias uterinas. Tercera barra pacientes que presentaron sangrado de 1001 a 1500 cc que fueron 7, 2 fueron manejados solo con fármacos y 5 con fármacos y pinzamiento de arterias uterinas, Cuarta barra pacientes que presentaron sangrado de 1501 a 2000 CC. Qué fueron 4, 1 fue manejado solo con fármacos y 3 con fármacos y pinzamiento de arterias uterinas. Quinta barra pacientes que presentaron sangrado mayor a 2000 cc los 3 fueron manejado con fármacos y pinzamiento de arterias uterinas 1 de ellos requirió técnicas invasiva con histerectomía obstétrica

RESUMEN.

De los 81 partos que presentaron hemorragia obstétrica, 32 pacientes solo fueron manejados con fármacos y 49 con pinzamiento de arterias uterinas, de estos 49 pacientes 1 requirió manejo invasivo con histerectomía obstétrica.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA POS PPARTO DE ACUERDO AL SANGRADO



FIGUGURA XVII

MEDIANAN		
VARIANZA		231.378947
DESVIACION ESTANDAR		15.2111455

SANGRADO	FARMACOS	B-LYNCH	TEC AVANZADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
500	20	1	0	21	12%
5001 a 1000	47	4	1	52	30%
1001 a 1500	7	1	0	8	5%
1501 a 2000	0	2	1	2	1%
mas de 2000	1	1	2	3	2%
TOTAL	75	9	4	86	50%

Se representa gráficamente el porcentaje de pacientes con hemorragia obstétrica que fueron resueltos por vía cesara. Del total de pacientes 173, fueron resueltas 86 por vía cesárea.

En la primera columna están representado los pacientes que tuvieron un sangrado de 500 con total 21 pacientes a 20 pacientes se les manejó con solo fármacos y 1 paciente con fármacos y sutura compresiva tipo B-Lynch

La segunda columna pacientes que tuvieron sangrado de 5001 a 1000, (52 pacientes) 47 manejados con fármacos y 4 con suturas compresivas y solo 1 paciente con técnicas avanzadas

Tercera columna pacientes con sangrado de 1001 a 1500 (8 pacientes) y pacientes manejados con fármacos y 1 paciente con suturas compresiva tipo B-Lynch.

Curta columna pacientes con sangrado de 15001 a 200cc. 2 pacientes quienes fueron manejado con fármacos y ambos con sutura compresiva tipo B-Lynch

Quinta Columna con sangrado mayor a 200 (3 pacientes), fueron manejados 1 con solo fármacos, y 2 con técnicas avanzadas

DISCUSIÓN.

El manejo de la hemorragia obstétrica inicialmente se inicia con fármacos como las oxitocina, ergonovía, carbetocina y misoprostol, sin embargo no quiere decir que la hemorragia se deba corregirse, por lo que se deben implementar técnicas como el pinzamiento de arterias uterinas o técnicas avanzadas, como suturas compresivas, desarterialización, ligadura de arterias hipogástricas, o incluso manejo radical como la histerectomía obstétrica

Es importante que el clínico reconozca cual es momento ideal para para cambiar de manejo, y pasar de lo farmacológico a técnicas más específicas y tener menor sagrado en los procedimientos obstétricos, esto le condicionará menor morbimortalidad a la paciente, menos días de estancia hospitalaria al paciente, menor riesgo de transfusión

La bibliografía descrita que se debe realizar un pinzamiento temprano de arterias uterinas con técnica ZEA. Y no esperar a que la paciente presente un sangrado importante para realizar dicho procedimiento, y realizar manejo avanzado durante las cesare, como la sutura compresiva o la des arterialización de arterias uterinas, o incluso realizar histerectomía obstétrica en el momento preciso ya que en la mayoría de las ocasiones se realiza cuando la paciente se encuentra inestable y se somete a mayor riesgo de morbimortalidad materna.

CONCLUSIONES

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de muerte materna no solo en la ciudad de México, ni en la república mexicana, si no a nivel mundial, la atonía uterina es la principal causas de hemorragia obstétrica y contamos con diversos manejos para dicha causa,

EL Hospital Enrique Cabrera durante el año 2018 presentó una incidencia de 3628 nacimientos de los cuales 2540 fueron partos que corresponden al 70% de los nacimiento y el 3% de los parto presentaron hemorragia obstétrica, el 30% restante fueron nacimiento por cesárea que corresponde a 1079 nacimientos de estos nacimientos el 8% presentó hemorragia obstétrica que corresponden a 86 pacientes.

De las 362 pacientes atendida por evento obstétrico durante el 2018 173 presentaron hemorragia obstétrica, con rango de edad de 14 a 45 años con una edad promedio de 29.5 años

La primigestas presentaron más hemorragia obstétrica, 57 pacientes fueron primigestas correspondientes a 32.9% seguidas de las secundigesta 46 pacientes que corresponden a 26.6%

50 pacientes tenían antecedentes de partos previos, 21 pacientes tenía 1 parto previo que corresponde al 12% seguida de pacientes con antecedentes de 2 partos previos que fueron 17 pacientes que corresponde al 10% 63 pacientes presentaron antecedentes de cesáreas previstas, 33 pacientes tenían antecedente de 1 cesárea que corresponde al 19% y 18 pacientes con antecedentes de 2 cesáreas previas que corresponde al 16%

25 pacientes tenían antecedentes de abortos, 20 pacientes con antecedente de 1 aborto previo que corresponde al 12% y 4 pacientes con antecedente de 2 abortos previos que corresponde al 2%

Partos por vía vaginal (81) que corresponden al 47% y 85 pacientes se resolvieron por vía abdominal que corresponden al 49% y solo 7 pacientes se les realizó legrado que corresponden al 4%

Como un factor de riesgo importante fue el tiempo de estancia en labor de las 173 pacientes 74 pacientes permanecieron menos de 4 horas que corresponden al 47%, 49 pacientes permanecieron de 5 a 8 horas que corresponden al 28%, 17 pacientes permanecieron de 9 a 12 horas en sala de labor correspondiente al 10% y 33 pacientes permanecieron más de 12 horas que corresponden al 33% un porcentaje importante a considerar factor para disminuir el riesgo de hemorragia obstétrica

se valoró quienes presentaron trabajo de parto prolongado, 140 pacientes no presentaron trabajo de parto prolongado que corresponden al 81% y 33 pacientes presentaron trabajo de parto prolongado correspondiente al 19% considerado un factor de riesgo significativo para hemorragia obstétrica

De los pacientes estudiadas con hemorragia obstétrica con 10 pacientes que corresponden al 4% fueron con feto macrosómico y 163 pacientes presentaron neonatos con peso normal

pacientes estudiadas con hemorragia obstétrica 40 pacientes que corresponde al 23% fueron adolescentes, y 133 fueron mayores de 19 años lo que nos alerta para vigilar las embarazadas adolescentes como factor de riesgo importante para hemorragia obstétrica

De las pacientes estudiadas 12 pacientes presentaron enfermedad hipertensiva, que corresponden al 7 % y 161 pacientes no presentaron enfermedad

hipertensiva que corresponde el 93% lo que concluimos que la enfermedad hipertensiva no es factor de riesgo importante para la hemorragia obstétrica.

La atonía uterina es sin duda la causa más importante de la hemorragia obstétrica. Ya que de los 173 pacientes 157 pacientes fueron por causa de atonía uterina que corresponde al 91% 9 pacientes fueron por causa de desgarros perineales que corresponden al 5% y 7 pacientes corresponden a causa de retención de restos correspondiente al 4% y las coagulopatias no hubo casos

De los 81 nacimientos por vía vagina se realizaron 50 pinzamientos de arterias uterinas, sin embargo ya con un sangrado importante, como se representa en la gráfica, y de las 85 cesáreas se realizaron 9 suturas compresivas y 4 con técnicas avanzadas, lo que nos da a entender que se realizar el manejo tardíamente o simplemente no se realiza, y nuestras pacientes presentan un cantidad de sangrado importante.

RECOMENDACIONES

Es importante conocer las principales causas de hemorragia obstétrica, así como el manejo básico y avanzado de esta, los fármacos más utilizados, en qué orden se realiza el manejo y su tiempo de acción, estimar la cantidad de sangrado presente y cuando actuar utilizando otros métodos más invasivos.

Como se reporta en las gráficas, el manejo con pinzamiento de arterias uterinas es muy utilizado, sin embargo se utiliza cuando la paciente ha perdido una cantidad considerable de sangre, se recomienda realizar pinzamiento de arterias uterinas con técnica ZEA cuando la paciente ha perdido 500mL de sangrado o incluso menos dependerá la situación de la paciente, utilizar el balón de Bakri ya que fue utilizado en 1 sola ocasión,

El manejo de la hemorragia obstétrica durante la cesárea, se recomienda realizar más suturas compresivas y desmaterialización de arterias uterinas la mayoría de las pacientes fueron manejadas farmacológicamente presentando sangrados importantes, se recomienda actuar con técnicas avanzadas antes que la paciente presente sangrado de 1000mL.

Sobre todo lo más importante es tomar la decisión tempranamente para realizar manejos radicales como la ligadura de arterias hipogástrica o la histerectomía obstétrica

Al tomar estas acciones de mejorará la morbimortalidad materna, con menos estancias de hospitalización, menor transfusiones de hemoconcentrados y menos ingreso al servicio de terapia intensiva por lo consiguiente menos gastos hospitalarios

Se realizaran flujogramas a seguir y se promoverán por las distintas unidades hospitalarias para contemplar un mismo manejo en la hemorragia obstétrica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rivero M, Avanza M, Alegre M, et al. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2015. Argentina.

- 2.- Ríos B, Reséndiz F, Castillo D, Orozco F, González D, Bautista A, Diagnóstico y Tratamiento DEL CHOQUE HEMORRAGICO EN OBSTETRICIA Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-162-09 actualización 2017

- 3.- Asturizaga P, Toledo L, HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, Rev Med La Paz, 20(2); Julio - Diciembre 2014

- 4.- Karlsson H, Pérez C, Hemorragia postparto, Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1

- 5.- PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA

- 6.- Toussaint A, Cardona, Uterine dehiscence discovered one month after delivery: case report and literature review, May 2016, Prog Obstet Ginecol. 2016;59(5):338-341.

- 7.- Borges R, Díaz F, Rodríguez A, Garaboto E, Moya C, Moré A, Sub-Acute Puerperal Uterine Inversion Grade II, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016;42(1)

- 8.-Martín M, Partida L, Von Willebrand disease type 2A and labor. A case report, Matronas Prof. 2018; 19(2): e48-e52.

9.- Rojo J, Arroyo J, Torres M, Torras V, Castro j, Marin R, Hernández I, Prevención Manejo De La Hemorragia obstétrica En el Primer nivel de atención, Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-103-08

10.- García J, Ramírez M, Moreno M, Alonso E, Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 «C» TALLER: LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS DE ANESTESIOLOGÍA EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA Vol. 41. Supl. 1 Abril-Junio 2018 pp S190-S194

11.- Laurence E, shield M, Goffman M, Aron B, Postpartum Hemorrhage ACOG PRACICE BULLETIN NUMBER 183 October 2017

12.- Zea F, Espino S, Morales V, Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en hemorragia puerperal: Técnica Zea para control de hemorragia obstétrica, PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA, Enero-Marzo, 2011 Volumen 25, Número 1 pp 54-56

13.- Mohammad S, Siddiqui F, Alahmadi F, Aljaiar L, Bakri balloon for the management of placenta previa, IOSR Journal Of Pharmacywww.iosrphr.org, (e)-ISSN: 2250-3013, (p)-ISSN: 2319-4219 Volume 6, Issue 6 (June 2016), PP. 55-63

14.- Ramírez A, Solís H, García P, Ramírez J, Efraín E, Modificación a la técnica de sutura compresiva B-Lynch en atonía uterina, Ginecol Obstet Mex 2015;83:471-476

15.- Víctor M. Flores-Méndez,* Josué A. Uso de suturas de compresión uterina para el tratamiento de la hemorragia obstétrica, Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2): 104-109