

14
11217
1.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia
Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA" I. M. S. S.

EJEMPLAR UNICO

Mortalidad Materna por Hemorragia. Revisión de
Cien Casos en el Hospital de Gineco-Obstetricia
"LUIS CASTELAZO AYALA" del I. M. S. S.

TESIS DE POSTGRADO

Que para Obtener el Título de:

Especialista en Ginecologia y Obstetricia

Presenta:

Dr. José Rafael Blanco Ricardo

Asesor: Dr. Roberto Velasco Almeida



MEXICO, D. F.

1988.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIL

2003



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.

A MIS PADRES, HERMANOS, ESPOSA, HIJOS Y TODAS -
 AQUELLAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA FORMA --
 COLABORARON A QUE PUDIERA SER REAL ESTE ANHE-
 LO, YA QUE SIN ELLOS NO HUBIESE SIDO POSIBLE --
 REALIZAR.

DR. JOSE RAFAEL BLANCO RICARDO.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
 UNAJA a difundir en formato electrónico e impreso el
 contenido de mi trabajo doctoral.

NOMBRE: JOSE RAFAEL BLANCO

FECHA: OCT 22 - 03

FIRMA: [Firma]

Excmo. Sr. [Firma]

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 4 |
| OBJETIVOS Y ANTECEDENTES CIENTIFICOS. | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLE MA. | 32 |
| MATERIAL Y METODOS | 36 |
| HIPOTESIS | 37 |
| RESULTADOS | 56 |
| DISCUSION | 60 |
| CONCLUSIONES | 62 |
| BIBLIOGRAFIA | 64 |

- - -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

Las tasas de mortalidad materna es uno de los indicadores directos de la calidad de trabajo en los centros gineco-obstétricos y permiten la comparación del fenómeno con distintas instituciones en el ámbito nacional e internacional.

La creación de Comités de Mortalidad Materna, permite el análisis juicioso de los casos, con el objeto de conocer responsabilidades -- para promover su oportuna prevención.

Los progresos acelerados de la tecnología médica, así como la -- creación de unidades de cuidados intensivos, los equipos médicos - multidisciplinarios, la disponibilidad de antibióticos, nuevos fármacos y de bancos de sangre, sin duda han sido factores que han contribuido a lograr disminuir los índices de mortalidad.

Las cifras de mortalidad se han abatido notablemente, en nuestro - medio el camino por recorrer es aún muy largo.

Pero la hemorragia representa la urgencia médica que pone a prueba coordinación, destreza, capacidad y momento oportuno de decisión de pronta acción de los integrantes del equipo médico a cargo - del manejo del caso.

Idealmente, en lugares donde se cuenta con los medios de adecuada atención obstétrica, las muertes maternas por hemorragia deberían disminuirse notablemente su frecuencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMITES DE MORTALIDAD MATERNA.

Los comites de mortalidad materna fueron creados por la DIRECCION GENERAL DE ATENCION MEDICA MATERNO INFANTIL -- DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA acatando el contenido del acuerdo presidencial publicado en el diario oficial el 10 de mayo de 1972, con el deseo de alcanzar el objetivo esencial -- de reducir la mortalidad materna en el territorio mexicano.

Con el deseo de que los resultados sean congruentes con los estudios de otros países, y de que contribuyan a universalizar el horizonte de la investigación mundial, se han empleado definiciones, -- criterios y métodos de acuerdo con el Comité Internacional de Estudios de Mortalidad Materna y de la Federación Internacional de -- Estudios de Mortalidad Materna y de la Federación Internacional -- de Ginecología y Obstetricia, quien recibe el apoyo y consejo técnico de la Organización Mundial de la Salud.

OBJETIVOS DE LOS COMITES DE ESTUDIOS DE MORTALIDAD -- MATERNA.**A. OBJETIVOS GENERALES.**

1. Reducción de los índices de mortalidad materna, por medio de:
 - a) Mejor conocimiento de las causas de muerte materna en la comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- b) Elevación del nivel médico profesional.
 - c) Mejoría de la atención obstétrica, hospitalaria y domiciliaria.
2. Preparación de estadísticas fidedignas y comparables de mortalidad materna, correspondiente al área de su jurisdicción, para lo cual es necesario:
- a) Control de diagnóstico establecido en los Certificados de Defunción, por medio del estudio individual de los casos certificados de que se tenga noticia.
 - b) Emplear criterios uniformes para el establecimiento de diagnósticos y la codificación de los mismos, para lo cual hay que adherirse a los criterios, reglas y métodos aprobados internacionalmente.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

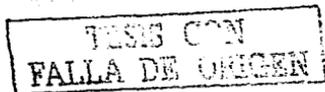
1. Estudio individual en todo caso de muerte materna que ocurra en su jurisdicción, por medio de análisis científico completo y la discusión franca de sus causas, para lo cual es indispensable adherirse estrictamente a los principios éticos y legales que aseguren la anonimidad de todas las partes involucradas.
2. Determinar la existencia y naturaleza de factores evitables.
3. Difundir la experiencia y conocimientos obtenidos por medio del reporte objetivo e impersonal de los casos estudiados.

SE
FALLA DE ORIGEN

4. Contribuir a la educación del médico que ejerce la obstetricia, a fin de cumplir con el propósito de mejorar el nivel profesional por los métodos siguientes:
 - a) Publicar periódicamente casos individuales de valor didáctico.
 - b) Proporcionar a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia y a los Hospitales y Servicios de la Especialidad, casos interesantes para ser discutidos en sus sesiones.
 - c) Utilizar el material acumulado, para la enseñanza, tanto en las Escuelas de Medicina, como en las Residencias Hospitalarias de la especialidad.
5. Orientar el ejercicio de las parteras y de las empíricas, de acuerdo con los factores subyacentes de mortalidad materna que se observen, y con las costumbres y métodos que estas sigan.
6. Educación del público general, a fin de formar en el conciencia de este problema obstétrico y de la participación que tiene en su resolución.

DEFINICION, CLASIFICACION E INDICES DE MORTALIDAD MATERNA.

DEFINICION DE MUERTE MATERNA. Es la muerte de una mu-



jer, debida a cualquier causa, mientras esta embarazada o dentro de los 42 días que siguen a la terminación del embarazo, independiente de la duración y del sitio del mismo.

CLASIFICACION DE LAS MUERTES MATERNAS.

I. CLASIFICACION GENERAL.

1. Muerte materna obstetrica. Es la resultante de causas -- obstetricas directas o indirectas, según se define a continuación.

Las muertes obstetricas se subdividen en:

- a) Muerte obstetrica directa: Es la debida a complicaciones obstetricas del estado gravido-puerperal (embarazo, parto y puerperio), por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de cualquiera de los anteriores.
 - b) Muerte obstetrica indirecta: Es la resultante de una -- enfermedad pre-existente que se desarrolla durante el embarazo y no se debe a causas obstetricas directas, -- pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del -- embarazo.
2. Muerte no obstetrica. Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. CLASIFICACION DE EVITABILIDAD.

Uno de los principales propósitos de estos estudios es dar recomendaciones para reducir la mortalidad materna, la - enseñanza y otros, y según las circunstancias particulares de cada caso, puede usarse la clasificación de muertes ma ternas que se detalla a continuación.

1. Muerte evitable

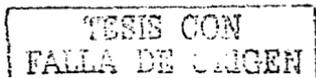
- a) Muerte debida a atención defectuosa en la unidad obs
tetrica.
- b) Muerte debida a atención defectuosa en otros servi-
cios de maternidad antes de su admisión en la unidad.
- c) Muerte debida a condiciones adversas en la comuni-
dad, como transportación inadecuada y otras.
- d) Muerte debida a no haber buscado o aceptado consejo
o tratamiento.
- e) Otras razones.

2. Probablemente no evitable (por ejemplo nefritis crónica - avanzada, enfermedad cardiaca severa, etc.).

3. Muertes inexplicables.

III. Con propósitos de evaluación estadística y de acuerdo con el período de tiempo durante el cual fueron controlados los casos, las muertes maternas pueden clasificarse como sigue:

1. Muertes ocurridas hasta el puerperio temprano, definido --



este último como los siete días siguientes a la terminación del embarazo.

2. Total de muertes de acuerdo con la definición de muerte materna, es decir considerando un periodo de 42 días - después de la terminación del embarazo.

Esta clasificación parece ser necesaria con fines comparativos pues no siempre es posible seguir todos los casos hasta el final del puerperio.

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

INDICES DE MORTALIDAD MATERNA.

De acuerdo con la clasificación general de muertes maternas y con objeto de tener información tanto del número total de muertes ocurridas durante el embarazo y el puerperio, así como del número de muertes obstétricas (el cual constituye un exponente de la calidad de la atención obstétrica), se definen los siguientes índices:

1. Índice de mortalidad materna total, o sea el número de muertes maternas (directa, indirecta y no obstétricas) por 10.000 nacidos vivos registrados, considerando vivo que pese 1.000 gr. o más. En ausencia de peso conocido, puede tomarse como base una edad estimada del embarazo de 28 semanas o más, calculada desde el primer día del último período menstrual normal. Las cifras que contribuyan al numerador y el denominador deben corresponder al mismo período de tiempo.
2. Índice de mortalidad obstétrica, que se define de la misma manera que el anterior, pero incluyendo solamente el número de muertes obstétricas directas e indirectas, es decir, excluyendo los casos de muertes obstétricas. Para el cálculo del índice de mortalidad -

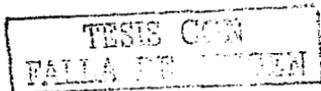
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

obstetrica directa y el indice de mortalidad indirecta, debe tomarse en cuenta, respectivamente, el número de muertes correspondientes de acuerdo con la definición de estos tipos de mortalidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITES DE ESTUDIO DE MORTALIDAD MATERNA EN LOS HOSPITALES DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

1. En cada hospital debera integrarse un comite de Mortalidad Materna formado por 5 miembros. Preferentemente deberan ser 3 Gineco-Obstetras, un Anestesiologo o un Médico - internista y un Anatomopatologo. Cada uno de ellos hara las veces de coordinador para citar periodicamente a sus compañeros y llenar el reporte confidencial de cada caso. Esta comisión durara un año, siendo rotatoria para los 5 miembros.
2. Ocurrida una muerte materna el médico residente Jefe de la guardia o la persona que tenga jerarquia similar, seguirá los pasos siguientes:
 - a) Ordenar la fotocopia del expediente clínico. Si el Hospital carece de fotocopidora, se guardara el expediente, para ser enviado posteriormente al Comité de Mortalidad Materna.
 - b) Solicitar la autorización para la autopsia a los familiares de la madre muerta. Debe tenerse presente que el logro de esta solicitud se considera de gran valor en el estudio de la Mortalidad Materna.
 - c) Obtener una copia del certificado de defunción para en--



viarlo junto con la copia del expediente al Comité de mortalidad materna.

- d) Si se llevo a efecto la autopsia, se enviara una copia del resultado al Comité de Mortalidad Materna.
3. El comité recibira a la mayor brevedad posible los documentos siguientes:
- a) Fotocopia de todas las hojas que forman el expediente clínico, o en su defecto, el expediente clínico original.
 - b) Copia del certificado de defunción.
 - c) Resultado de la autopsia.
4. Con estos documentos el Coordinador del Comité abrira un expediente procediendo de inmediato a llenar el reporte --confidencial sobre la muerte. Es necesario proceder con la mayor prontitud posible para aprovechar la información de las personas que hayan participado en la atención de cada caso. En el reporte no se necesita asentar los nombres de dichas personas, pero si debe especificarse su categoría (obstetra, médico general, partera, partera tradicional, etc.).
5. La información recogida debe ser absolutamente confidencial, así como el formulario correspondiente.
6. Una vez completado el expediente de cada caso, se reuniran los 5 miembros del Comité con el fin de estudiar el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caso con caracter privado y estrictamente científico y determinar la causa de la muerte, su clasificación y grado de evitabilidad.

7. Ya estudiado cada caso se llenara la hoja de Clasificación de Muerte Materna que junto con una copia del reporte confidencial y copias de los anexos (reporte - postmortem de anatomopatologo, datos de todas las -- investigaciones histológicas hechas, exámenes bacteriológicos hechos, copias del certificado de defunción etc.) se enviara un tanto a la Dirección del Hospital y otro a la Dirección General de Atención Médica Materna Infantil, Comisión de Estudios de Mortalidad Materna; quedando los originales de estos documentos en cada expediente bajo el control del Comité de Mortalidad del Hospital.
8. Debe entenderse que todos los datos obtenidos se utilizaran como elementos estadísticos, científicos y técnicos que permitan hacer recomendaciones y ejecutar acciones que mejoren la atención obstetrica de la mujer y reduzcan la mortalidad materna en nuestra patria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCEPTOS ACTUALES SOBRE COAGULACION.

El proceso de la hemostasia ha fascinado y confundido desde la antigüedad a los observadores de la fisiología humana. -- Como ocurre con la mayor parte de procesos fisiológicos, se han propuesto diversas teorías para explicar la notable transformación de la sangre líquida en un coágulo sólido. Dos observaciones hechas hacia el cambio de siglo formaron la base de los principales adelantos en la comprensión de la hemostasia los 80 años siguientes. La primera fué el reconocimiento de que las plaquetas constituyen un elemento celular separado y son necesarias para la hemostasia. En segundo lugar se reconoció que la coagulación (la formación de un coágulo de fibrina) es un proceso enzimático que depende de la generación o activación de una poderosa enzima proteolítica, denominada trombina.

La hemostasia puede definirse como el proceso por virtud del cual la sangre se conserva fluida dentro de los vasos, y se interrumpe o evita la pérdida de sangre por vasos lesionados. En este complejo proceso intervienen la pared vascular, las plaquetas circulantes y proteínas plasmáticas. La hemostasia suele dividirse en dos fases, ambas esenciales para la función normal.

La primera fase, denominada hemostasia primaria, incluye -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la formación de un tapon de plaquetas a nivel de la zona vascular lesionada. Al tapon plaquetario le corresponde cerrar inicialmente el defecto vascular, y suele medirse según el tiempo de sangrado. La segunda fase, denominada hemostasia secundaria, incluye la formación del coagulo de fibrina a nivel del tapon de plaquetas, al cual estabiliza y refuerza. Si el coagulo no se forma, el tapon primario de plaquetas puede desintegrarse, y -continuar la hemorragia. La extensión normalmente queda limitada por un mecanismo regulador con varios parámetros. La extensión del trombo más alla de la zona de lesión puede tener consecuencias desastrosas.

HEMOSTASIA PRIMARIA.

La lesión vascular o la desorganización endotelial dejan expuesta la membrana basal y la pared vascular a la sangre circulante, y originan el deposito de plaquetas a nivel de la zona lesionada. - La formación del tapón plaquetario depende de dos procesos interrelacionados: adhesión y agregación de las plaquetas. La adhesión plaquetaria es la reacción entre plaquetas y superficies extrañas, como la colágena; depende de una proteína plasmática, el factor de von Willebrand, que hace las veces de pegamento entre la membrana de la plaqueta y la pared vascular. Los defectos de este factor plasmático provocan el síndrome de Von Willebrand, mientras que el defecto en los receptores plaqueta--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

rios de este factor son causa del síndrome de Bernard-Soulier.

La adhesión se acompaña de un cambio en la forma de las plaquetas, y de secreción de su contenido granuloso. Con la adhesión, las plaquetas normalmente discoides, extienden prolongaciones citoplásmicas y se aplanan sobre la superficie con que interactúan. Durante este proceso se liberan los contenidos de granulos densos y de granulos alfa y se activa la síntesis de prostaglandinas

Entre los productos liberados por las plaquetas que se están adheriendo se hallan el difosfato de adenosina (ADP), serotonina y tromboxano A₂ (TxA₂). Estos mediadores químicos inducen a las plaquetas vecinas un cambio de forma y de secreción. Las plaquetas activadas las adherentes, originando la acumulación de una masa localizada de plaquetas, proceso denominado agregación. Las interacciones plaqueta-plaqueta son complejas y requieren fibrinógeno y un receptor de la membrana de la plaqueta, que falta en la trombostenia de Glanzmann.

Dos proteínas específicas de las plaquetas, la beta-tromboglobulina (BTG) y el factor 4 plaquetario (PF4) también se liberan durante la secreción de las plaquetas, y estas proteínas pueden servir como marcas útiles de la reacción de liberación plaquetaria. El factor 4 de las plaquetas de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

saparece rapidamente de la circulación al fijarse en forma reversible, probablemente a células endoteliales. El PF4 fijado puede ser liberado de nuevo hacia la circulación por agentes como heparina, lo cual a veces hace difícil la interpretación de los valores plasmáticos. La beta-tromboglobulina es eliminada principalmente por el riñón; por lo tanto - los valores de BTG pueden estar aumentados en enfermedad renal. Sin embargo, la medición combinada de PF4 y BTG puede brindar información útil acerca de la activación de - plaquetas in vivo.

La activación de plaquetas también se asocia con la transformación de membrana y la fijación de factor V. Estos -- cambios promueven la fase siguiente de la respuesta hemostática, proporcionando una superficie fosfolípida sobre la - cual pueden concentrarse y acelerarse estas reacciones en zimáticas.

FACTORES DE COAGULACION.

Por sus características funcionales y estructurales, los -- factores de coagulación puede agruparse como sigue:

Proteasa de serina

Dependientes de vitamina K: factores II, VII, IX, X

Sistema de contacto: factores XI, XII, precalicreina.

Cofactores

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Presentes en el plasma:

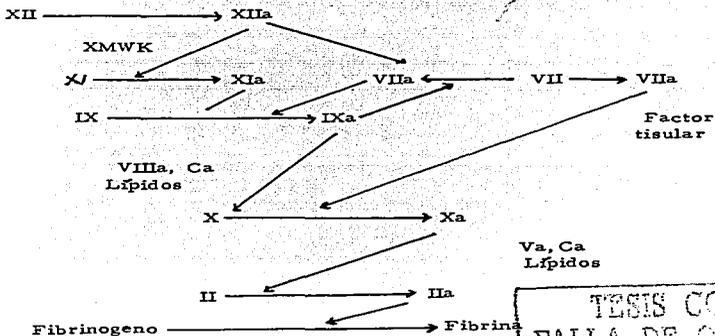
Factores V, VIII, cininogeno HMW, fibrinogeno

Presentes en los tejidos:

Factor tisular

La mayor parte de estos factores se producen en el hígado y por lo tanto las deficiencias organo-funcionales del mismo - en ocasiones se traduciran en disminuci3n de todos los elementos que de 3l dependen, fen3meno que podemos observar en la cirrosis, o en lesiones agudas del 3rgano, como puede acontecer en el choque y en la C. I. D.

Dos son los sistemas fundamentales de la coagulaci3n sanguinea el intrinseco y el extrinseco. El primero implica la participaci3n en forma secuencial de todos los factores de la coagulaci3n excepto el VII, como se puede ver en el siguiente esquema de la cascada de coagulaci3n:



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El proceso esquematizado aquí, corresponde a McFarlane y es la llamada cascada queriendo establecer con esto que el fenómeno puede ser autoestimulado y que al iniciarse va siguiendo una serie de pasos hasta llegar al resultado final - que es la formación de un coagulo de fibrina. En el laboratorio se realiza en fases seguidas que clasicamente son tres: La generación de la tromboplastina, la activación de la protrombina y la acción de esta sobre el fibrinogeno.

Aunque en esencia es una respuesta normal y encontramos -- que dicho mecanismo se inicia con la activación del factor -- XII (de manera convencional cuando un factor es activado se agrega la letra "a" representandose así XIIa). Este factor - Hageman se activa por el roce, por el contacto y por lo tanto una superficie de vidrio lo activa o bien el lecho vascular endotelial no suficientemente liso podría explicar el desencadenamiento de la coagulación, por este mismo mecanismo.

Del esquema, podemos observar que una vez activado el primer factor (XIIa) el cual ahora se convierte en una enzima, esta a su vez actua sobre el siguiente factor que se convierte en sustrato de esa enzima y la activa, convirtiendolo en otra enzima y asi sucesivamente se va desarrollando el proceso hasta su etapa final representado por la formación de fibrina y su consolidación. Durante el proceso intervienen elementos adicionales como son los fosfolípidos proporciona-

TESIS CON
FALLA DE CUCEN

dos por las plaquetas y por supuesto los iones de Ca, con sitios de acción bien determinados.

La formación de la tromboplastina se considera, tiene -- una duración de 4 a 5 minutos, un segundo tiempo sería -- la activación de la protrombina en trombina fenómeno que dura de 10 a 15 segundos y la tercera etapa por la acción -- de la trombina sobre el fibrinógeno y que dura de 1 a 2 segundos. Seguramente estos tiempos podrán variar de -- acuerdo a las condiciones específicas en que se lleva a -- efecto el proceso, fundamentalmente tomando en cuenta -- el recipiente en que esto suceda. El proceso en el organismo suele ser lento y en ocasiones no llega a consumar -- se dado la presencia de factores que se le contraponen.

CAUSAS PREDISPONENTES.

HEMORRAGIAS POSTPARTO. Hay un acuerdo general en considerar que el límite entre la hemorragia postparto normal y la patológica se halla en los 500 ml durante las primeras 24 horas, independientemente de que se trate de una hemorragia atónica o traumática. Aunque la cifra es empírica, ha resultado de gran valor al poder comprobarse clínicamente que la morbilidad y mortalidad puerperal es -- aumentan notablemente si se rebasa esta cifra. Si se tiene en cuenta, además, que el cálculo de la pérdida hemática --

TRIS CON
FALLA DE GUGEN

resulta siempre deficitaria en relación con la verdadera cuantía de la hemorragia, la cifra de 500 ml ya puede considerarse como bastante elevada.

No es sencillo establecer la frecuencia con la hemorragia patológica se presenta. Los promedios obtenidos de diversos informes señalan las cifras siguientes: 400 a 600 ml en el 4 - al 11 por ciento; 600 a 1000 ml en el 0.7 al 5 por ciento; 1000 a 1500 ml en el 0.5 al 3 por ciento y mayor de 2000 ml en el 0.07 por ciento. La disparidad de los datos obedece tanto -- al método empleado para cuantificar la pérdida como el uso de elementos farmacológicos con fines profilácticos durante el tercer período del parto.

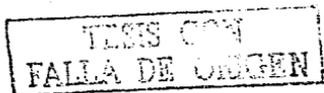
ETIOLOGIA.

Causas inmediatas. Son tres las causas inmediatas de hemorragia en el postparto: la atonía uterina, la que se produce -- por lesiones del aparato genital y la retención de fragmentos placentarios.

Eastman clasifica las causas predominantes de hemorragia -- post parto en dos grupos principales; 1) las que son inheren-- tes a la gestación o el parto e inevitables por el obstetra y -- 2) las extrínsecas y evitables.

Al primer grupo pertenecen:

- a) Tamaño voluminoso del feto



- b) Multiparidad
- c) Embarazo múltiple
- d) Polihidramnios
- e) Parto precipitado
- f) Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, etc.

Todas ellas están relacionadas con las alteraciones en la contracción y retracción de las fibras musculares uterinas debido a la sobredistensión prolongada o a la falta de acción de -- las llamadas "ligaduras vivas de Pinard" en un segmento adelgazado.

Al segundo grupo podrían integrarse:

- a) Las extracciones operatorias.
- b) Los procedimientos analgésicos o anestésicos profundos
- c) el parto prolongado
- d) Los defectos en la atención del tercer periodo del parto .

Algunos anestésicos por inhalación, que por fortuna tienden a usarse cada vez menos en obstetricia (cloroformo, eter, halotano), son gases que tienen un efecto intenso de relajación sobre la fibra uterina y consecuentemente son capaces de producir o provocar hemorragias profusas.

Publicaciones ya antiguas como las de Pasteur y Reich, pero aún vigentes por su valor estadístico, demuestran que las operaciones obstetricas producen hemorragias excesiva con una frecuencia tres veces mayor que en los partos expontáneos.

TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo mismo, quedan incluidas en este factor predisponente las aplicaciones de forceps, las extracciones podflicas, la versión por maniobras internas, la cesárea y otras. El trabajo de parto con duración total de 24 horas, el período expulsivo que excede de una hora y media y el alumbramiento que dura más de 30 minutos, son causas que contribuyen a la hemorragia.

Estas circunstancias dan lugar no solo a la disminución general de las reservas físicas maternas, sino además influyen en un agotamiento de la capacidad contráctil del miometrio y no obstante que la hemorragia por si mismo no sea causa directa de la muerte, contribuye ampliamente a que un desenlace fatal pueda producirse.

Los errores que se cometen en el tratamiento del tercer período del parto, frecuentemente por apresurar la expulsión placentaria, ocasionan hipotonía uterina o dificultan el mecanismo normal de desprendimiento, con la consiguiente pérdida sanguínea excesiva.

Es un hecho de observación habitual, que la mayor parte de las hemorragias del postparto no se presentan en forma brusca y en cantidad profusa, sino por lo común hay salida poco abundante pero continua de sangre, que a menudo se subestima y sin embargo, puede constituir una cantidad verdaderamente importante en el transcurso de las horas siguientes.

TRABAJADO CON
FALLA DE ALIEN

Tengase presente también que en la llamada hemorragia oculta interna, la cavidad de un útero flácido puede contener cantidades tan importantes de sangre como 1000 ml o más, en tanto -- la que se vierte al exterior se aprecia de poca cuantía.

A este respecto, recuerdese que solo el 10% de las muertes debidas a hemorragia postparto ocurren dentro de las primeras dos horas después del nacimiento; el resto, fallecen transcurridas cinco horas o más, indudablemente por vigilancia ineficaz del puerperio inmediato.

Otro hecho fundamental que debe tenerse en cuenta con relación a la hemorragia postparto es la magnitud de las alteraciones que pueden estar presentes en el estado nutricional y en las condiciones hematológicas previas de cada paciente.

Puede decirse, por tanto, que tan importante como la cuantía de la pérdida de sangre en el postparto, es la capacidad de -- adaptación del sistema cardiovascular, que se ve disminuida en condiciones como las que se señalaron y también en pacientes añosas, en las de peso inferior al normal, en las toxémicas o en las que sufren enfermedades que afectan el estado -- general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS DE LA SEGUNDA
MITAD DEL EMBARAZO COMO CAUSA DE MORTALIDAD
MATERNA.

La hemorragia genital durante el estado grávido-puerperal como causa de mortalidad materna, ha tenido diferente importancia dependiendo de la época en que se estudie, del lugar donde se evalúe y de la capacidad técnica y científica - del personal médico y paramédico que la maneje. Independientemente de lo anterior al igual que la toxemia y la infección, constituye desde hace décadas, una de las tres -- principales causas de mortalidad materna además de contribuir en forma importante a aumentar los índices de morbimortalidad fetal.

Se ha calculado que del 5 al 10 por ciento de todos los embarazos cursan con hemorragia de mayor o menor cuantía durante la segunda mitad de la gestación. Cuando se analiza la frecuencia de muertes maternas por hemorragia, es común encontrar grandes diferencias de una a otra institución; lo cual se acentúa si los estudios comparativos se -- hacen entre diferentes países. En México para el año 1974 la hemorragia fue considerada como la tercera causa de -- mortalidad materna, con una frecuencia del 14.0%. Segun Helman, en 1968 en los Estados Unidos, fue la segunda

TESIS CON
FALLA DE CUBIERN

da causa de mortalidad, representando el 25.5%, en comparación con el Canadá en donde la frecuencia fue de 31%. -- Oscar Aguero en la Maternidad Concepción Palacios de Venezuela, la encuentra en el 26.1% de los casos en el período de 1939 a 1960 y en el 20.1% de 1964 a 1972. En Suecia en -- 1966 ocupó el tercer lugar y el primero en Holanda, según -- Bomte. En general puede afirmarse que el sangrado explica por sí mismo una de cada 3 a 4 muertes maternas.

En general puede afirmarse que la mortalidad materna y la producida por hemorragia en particular, presenta una gran variabilidad geográfica que se refleja tanto en el nivel socioeconómico de la población como en la distribución de la calidad de la atención médica, de tal manera que los índices serán más bajos en las áreas metropolitanas y más altos en las zonas rurales.

Asimismo, otro aspecto importante del problema, es que -- la hemorragia no solo actúa como causa determinante de -- muerte materna, sino también como un factor predisponente de la mortalidad por otras causas.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que cuando -- estas muertes se examinan con espíritu crítico, con frecuencia se llega a la conclusión de que eran previsibles. Su porcentaje de evitabilidad según Bomte se estima globalmente -- hasta en un 90%, atribuyendo en primer término a un rendimiento médico insuficiente que se manifiesta en un diagnóstico-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tico tardío o equivocado o en retraso en el tratamiento o errores de manejo.

Existen también otros factores predisponentes que hacen que la mortalidad materna sea más alta cuando están presentes que cuando no lo están, entre ellos tenemos: edad de la madre, paridad, magnitud de la hemorragia, diagnóstico equivocado o tardío, remplazo inoportuno, deficiente o excesivo de sangre, patología asociada como toxemia, hipertensión arterial o nefropatía, por último la experiencia de quien actúa, su madurez de juicio y el uso de una técnica correcta y adecuada para la solución del problema.

Se han descrito numerosas entidades patológicas que pueden producir hemorragia durante el estado grávido-puerperal, entre las que se cuentan: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina, ruptura del borde placentario y la placenta sucenturiada, además la miomatosis uterina asociada al embarazo es otro factor predisponente de hemorragia masiva del puerperio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EMBARAZO ECTÓPICO.

Definición. En un embarazo intrauterino normal, el blastocisto se implanta en el endometrio que reviste la cavidad -- uterina.

La implantación identificada en cualquier otra parte se designa con el nombre de embarazo ectópico.

Muchos de los casos de embarazo tubario terminan en las -- primeras 12 semanas mediante ruptura intraperitoneal. Por regla general, siempre que la ruptura tubaria se produce en las primeras semanas, el embarazo suele estar localizado -- en la porción istmica de la trompa a corta distancia del cuerno uterino. Sin embargo, cuando el huevo esta implantado -- en la porción intersticial de la trompa, la ruptura no suele -- ocurrir hasta más tarde.

La causa más frecuente directa e inmediata de la ruptura puede ser el traumatismo asociado al coito o una exploración -- vaginal vigorosa, aunque en la gran mayoría de los casos aparece espontáneamente. Con la ruptura intraperitoneal, todo el huevo puede ser expulsado de la trompa, pero si el desgarrro es pequeño es posible que sobrevenga una hemorragia -- profusa. En cualquier caso, la paciente puede mostrar de -- inmediatos signos de colapso por hipovolemia. Si la paciente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no es operada y no muere de hemorragia, el destino del embrión o feto dependerá del daño que haya padecido y de la duración de la gestación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las tasas de mortalidad materna es uno de los indicadores directos de la calidad de trabajo en los centros Gineco-Obstétricos y permiten la comparación del fenómeno con distintas instituciones en el ámbito nacional e internacional.

La creación de comités de Mortalidad Materna, permiten el análisis juicioso de los casos, con el objeto de reconocer - responsabilidades para promover su oportuna prevención.

Los progresos acelerados de la tecnología médica, así como la creación de unidades de cuidados intensivos, los equipos - médicos multidisciplinarios, la disponibilidad de antibióticos, nuevos fármacos y de bancos de sangre, sin duda han sido -- factores que han contribuido a lograr disminuir los índices de mortalidad.

Las cifras de mortalidad se han abatido notablemente, en -- nuestro medio el camino por recorrer es aún muy largo.

Idealmente, las muertes por hemorragia no deberían existir en lugares en donde se cuenta con los medios de adecuada -- atención obstétrica.

Pero la hemorragia es la urgencia médica que pone a prueba - coordinación, destreza, capacidad y momento oportuno de desi ción de pronta acción de los integrantes del equipo médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El objetivo de este trabajo, es analizar en forma retrospectiva cien expedientes de muerte materna por hemorragia sucedidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I. M. S. S. Dr. "Luis Castelazo Ayala" hasta el 31 de agosto de 1987, con el fin de dilucidar la evolución y causa de dichas muertes y tratar de mejorar los cuidados y atenciones de las pacientes con este riesgo, para conseguir disminuir su incidencia.

La causa predisponente más frecuente en el grupo de pacientes estudiadas fué la atonía uterina sucedida después de haberse practicado una operación cesárea, atención de parto o haberse realizado un legrado uterino instrumental, siguiendole en orden de frecuencia, como causa predisponente de la hemorragia, las siguientes entidades: El Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, el acretismo placentario, la ruptura hepática, ruptura uterina, embarazo ectópico roto y desgarro de paredes vaginales, como se observa en la tabla # de distribución por causa predisponente de sangrado.

El grupo de paciente incluidos en el presente estudio, en el período comprendido entre el 28 de diciembre de 1973 y el 31 de agosto de 1987, se encontro un total de 367 muertes maternas de las cuales 100 corresponden a muerte materna, por hemorragia siendo su incidencia de 27.25% en el período antes mencionado, en comparación con estudios realizados en México, en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

año de 1974 donde se encontro una frecuencia del 14.0%, Helman, en 1968 en los Estados Unidos, encontro el 25.5% representando la segunda causa de muerte materna, en el Canadá la frecuencia encontrada fué de 31%, Oscar Agüero en la maternidad Concepción Palacios de Venezuela, la encontró en el 26.1% de los casos en el período de 1939 ocupó el tercer lugar y el primero en Holanda, según Bomte. Según los datos encontrados en el presente estudio puede afirmarse que ocurre una muerte materna por hemorragia de cada 3 a 4 muertes maternas.

Como otros factores predisponentes se encontro la edad -- siendo su frecuencia mayor entre los 21 y 35 años, la edad gestacional encontrándose la mayor frecuencia entre las 21 y 40 semanas de gestación, el número de intervenciones quirúrgicas en donde se encontro que el mayor número de pacientes, 45, fueron intervenidas en una ocasión, lo que demuestra la magnitud de la hemorragia ocurrida en el pretrans y postoperatorio, el número de gestaciones en donde la mayor frecuencia se encontró fué entre una y cuatro gestaciones en un total de 69 pacientes, del grupo de cien pacientes fallecidas por hemorragia en el periodo comprendido entre el 28 de diciembre de 1973 y el 31 de agosto de 1987 se encontro que el 80% de las pacientes mueren en los primeros -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cinco días de estancia en la unidad de cuidados intensivos, lo que afirma la gravedad de la hemorragia, estando de acuerdo con la mayoría de los autores de que la muerte materna por hemorragia es siempre previsible, atribuyéndose en primer término a un error de manejo o demora en la toma de decisión de la conducta correcta que determina un rendimiento médico insuficiente manifestado por un diagnóstico tardío o equivocado, y un segundo término al inadecuado manejo de los bancos de sangre y sus derivados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

Se analizaron cien expedientes de muertes maternas por hemorragias, ocurridas entre el 28-XII-73 al 31-VIII-87, en donde se analizaron: Edad de la paciente, Número de gestaciones, paridad, Número de abortos, Número de embarazos molares, Edad del embarazo, Tiempo del trabajo de parto, - Vía de resolución del embarazo, Complicaciones, Número y tipos de cirugías realizadas, Número y tipo de transfusiones Tiempo de estancia hospitalaria, Tiempo de estancia en la -- unidad de cuidados intensivos, Trastornos hematológicos pre-existentes, hallazgos.

Se excluyeron las pacientes que presentaron trastornos de la coagulación ocasionados por toxemia y por procesos sépticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPOTESIS.

- I. La frecuencia de Mortalidad materna por hemorragia, y su relación con factores predisponentes, en nuestra población hospitalaria.

- II. Son similares a la reportada en la literatura médica nacional y mundial o han habido variaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA DISTRIBUCION POR AÑO EN EL HOSPITAL
DE GINECO-OBSTETRICIA # 4 DEL I.M.S.S.

| AÑO | # DE PAC. |
|----------|-----------|
| Dic 1973 | 4 |
| 1974 | 49 |
| 1975 | 29 |
| 1976 | 29 |
| 1977 | 27 |
| 1978 | 27 |
| 1979 | 28 |
| 1980 | 24 |

| AÑO | # DE PAC. |
|-------------|-----------|
| 1981 | 11 |
| 1982 | 9 |
| 1983 | 23 |
| 1984 | 33 |
| 1985 | 28 |
| 1986 | 35 |
| 1987 Agosto | 11 |

TOTAL.....367

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA DISTRIBUCION POR
AÑO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA #4 DEL I.M.S.S.

| AÑO | # DE PAC. | % |
|----------|-----------|------|
| Dic 1973 | 1 | 25 |
| 1974 | 9 | 18.3 |
| 1975 | 3 | 10.3 |
| 1976 | 4 | 13.7 |
| 1977 | 3 | 11.1 |
| 1978 | 10 | 37.0 |
| 1979 | 9 | 32.1 |
| 1980 | 10 | 41.6 |

| AÑO | # DE PAC. | % |
|-------------|-----------|------|
| 1981 | 0 | 0.0 |
| 1982 | 2 | 22.2 |
| 1983 | 10 | 43.4 |
| 1984 | 11 | 33.3 |
| 1985 | 7 | 25.0 |
| 1986 | 17 | 48.5 |
| 1987 Agosto | 4 | 36.3 |

TOTAL100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA DISTRIBUCION POR
CAUSA PREDISPONENTE DE SANGRADO EN EL HOSPITAL DE --
GINECO-OBSTETRICIA # 4 DEL I. M. S. S.

| | |
|-----------------------------|-----|
| ATONIA UTERINA POST-CESAREA | 34 |
| " " " PARTO | 18 |
| " " " LUI | 8 |
| D. P. P. N. I. | 12 |
| ACRETISMO PLACENTARIO | 11 |
| RUPTURA HEPATICA | 7 |
| RUPTURA UTERINA | 6 |
| EMBARAZO ECTOPICO ROTO | 3 |
| DESGARRO VAGINAL | 1 |
| TOTAL | 100 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA DISTRIBUCION
POR EDADES EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA-
4 DEL I. M. S. S.

| EDADES | # DE PAC. |
|--------|-----------|
| 16-20 | 11 |
| 21-25 | 20 |
| 26-30 | 21 |
| 31-35 | 22 |
| 36-40 | 16 |
| 41-43 | 4 |
| TOTAL | 100 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA DISTRIBUCION POR NUMERO DE
 GESTACIONES EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRI--
 CIA # 4 DEL I. M. S. S.

 # DE GESTA- # DE PAC.
 CIONES

| | |
|-------------|----|
| I | 21 |
| II | 16 |
| III | 18 |
| IV | 14 |
| V | 4 |
| VI | 7 |
| VII | 8 |
| VIII | 2 |
| IX | 2 |
| X | 3 |
| XI | 3 |
| XVI | 1 |
| Sin reporte | 1 |

TESTIS CON
 FALLA DE CUERPO

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA DISTRIBUCION POR
 EDAD GESTACIONAL EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
 #4 DEL I.M.S.S.

| EDAD GESTACIONAL | # DE PACIENTES |
|---------------------|----------------|
| Menos de 20 | 8 |
| 21-36 | 20 |
| 37- ó más | 46 |
| Puerperas | 14 |
| Sin reporte | 12 |
| TOTAL | 100 |

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA, DISTRIBU
 CION POR HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL
 HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA # 4 DEL I. M. S. S.

| HORAS DE EST. HOSPITALARIA | # DE PACIENTES |
|-------------------------------|-------------------|
| 0-24 Hrs. | 21 |
| 25-48 " | 29 |
| 49-72 " | 11 |
| 73-96 " | 10 |
| 97-120 " | 5 |
| 121-144 " | 4 |
| TOTAL | 80 |

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA, DISTRIBUCION POR DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA # 4 DEL --- I.M.S.S.

| DIAS DE EST. HOSPITALARIA | | #DE PACIENTES |
|---------------------------|------|---------------|
| 6-10 | Dias | 13 |
| 11-15 | " | 3 |
| 16-20 | " | 2 |
| 21-22 | " | 2 |
| TOTAL | | 20 |

TOTAL DE MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA
100 PACIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA, DISTRIBUCION POR HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE GINECO---OBSTETRICIA # 4 DEL I. M. S. S.

| HORAS DE EST. EN U.C.I.A. | # DE PACIENTES |
|------------------------------|----------------|
| 0-24 Hrs. | 34 |
| 25-48 " | 27 |
| 49-72 " | 9 |
| 73-96 " | 12 |
| 97-120 " | 5 |
| 121-144 " | 1 |
| TOTAL | 88 |

TESIS CON
FALLA DE URGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA, DISTRIBUCION POR HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE GINECO---OBSTETRICIA # 4 DEL I. M. S. S.

| HORAS DE EST. EN U. C. I. A. | # DE PACIENTES |
|---------------------------------|----------------|
| 0-24 Hrs. | 34 |
| 25-48 " | 27 |
| 49-72 " | 9 |
| 73-96 " | 12 |
| 97-120 " | 5 |
| 121-144 " | 1 |
| TOTAL | 88 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA, DISTRIBUCION POR
 DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE GINECO
 OBSTETRICIA # 4 DEL I.M.S.S.

| DIAS DE EST. EN LA U. C. I. A. | # DE PACIENTES |
|-----------------------------------|-------------------|
| 6-10 Dias | 8 |
| 11-15 " | 2 |
| 16-20 " | 1 |
| 21-22 " | 1 |
| TOTAL | 12 |

Total de muertes maternas 100 pacientes por hemorragia.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**MORTALIDAD MATERNA DISTRIBUCION POR NUMERO DE INTER
VENCIONES QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTE-
TRICIA # 4 DEL I. M. S. S.**

| # DE | # DE |
|-----------------------|------------------|
| INTERVENCIONES | PACIENTES |
| 0 | 25 |
| 1 | 45 |
| 2 | 12 |
| 3 | 14 |
| 4 | 3 |
| 6 | 1 |
| TOTAL | 100 |

TESIS CON
FALLA DE CIEGOS

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA DISTRIBUCION POR
 NUMERO Y TIPO DE TRANSFUSION EN EL HOSPITAL DE GINECO
 OBSTETRICIA # 4 DEL I.M.S.S.

| Unidades Transfundidas. | Faq. Glob. # de pacien- tes. | Plasma # de pa- cientes. | Sangre total # de pacien- tes. |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 0 - 5 | 67 | 85 | 87 |
| 6 - 10 | 25 | 8 | 12 |
| 11 - 15 | 5 | 4 | 0 |
| 16 ó más | 3 | 3 | 1 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 |

TIPS C N
 FALLA DE ORIGEN

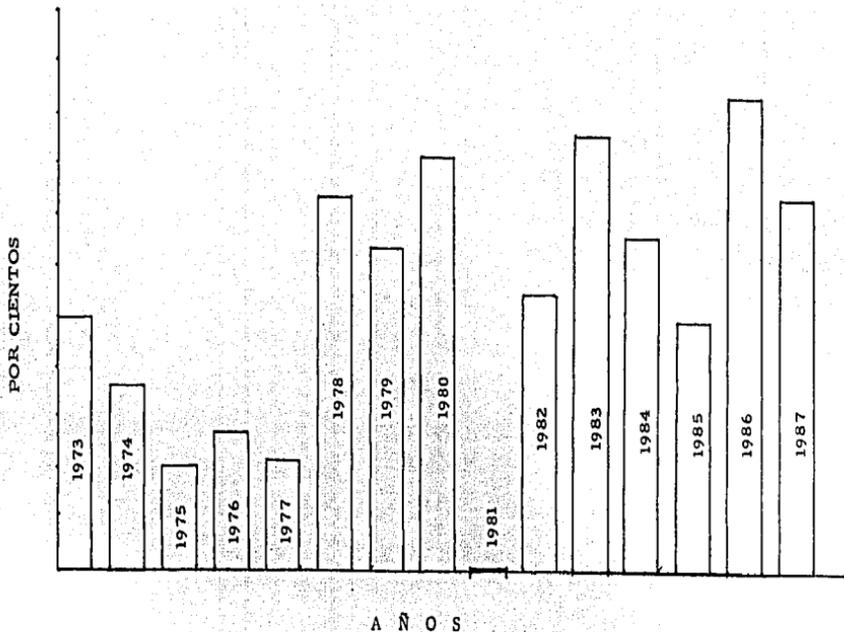
LAS TASAS DE MORTALIDAD POR AÑOS ENCONTRADAS EN EL
PRESENTE ESTUDIO SON LAS SIGUIENTES:

| AÑOS | TASA DE MORTALIDAD POR 10000 NACIDOS VIVOS. |
|------|--|
| 1986 | 1.26 |
| 1985 | 1.17 |
| 1984 | 1.46 |
| 1983 | 0.84 |
| 1982 | 0.30 |
| 1981 | 0.44 |
| 1980 | 1.26 |
| 1979 | 1.70 |
| 1978 | 1.63 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA

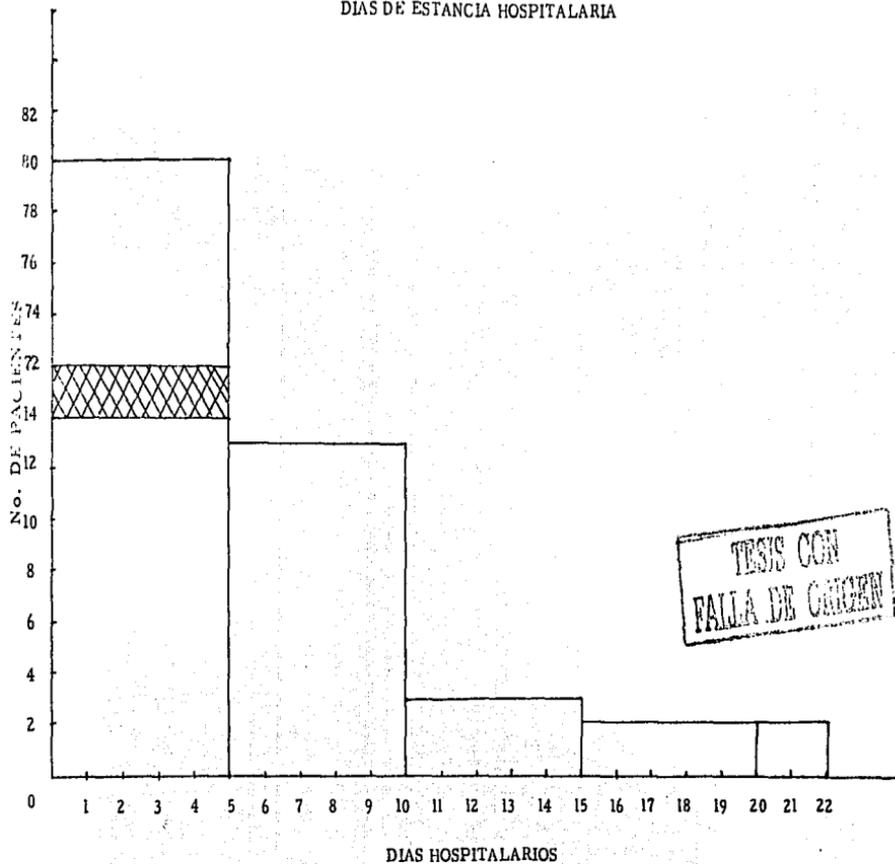
DISTRIBUCION POR CIENTO POR AÑOS.



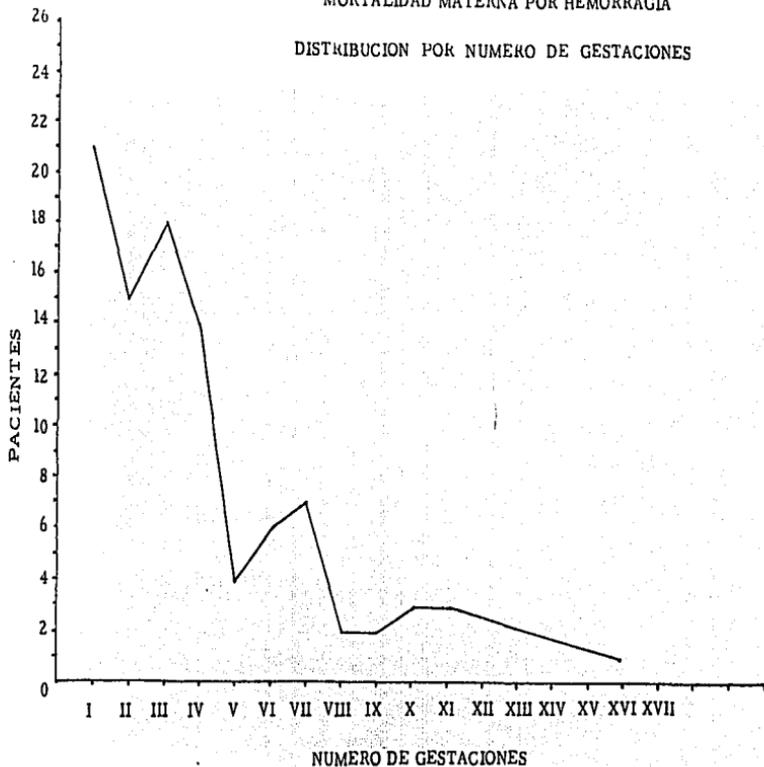
TESIS CON
TALLA DE GROCEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

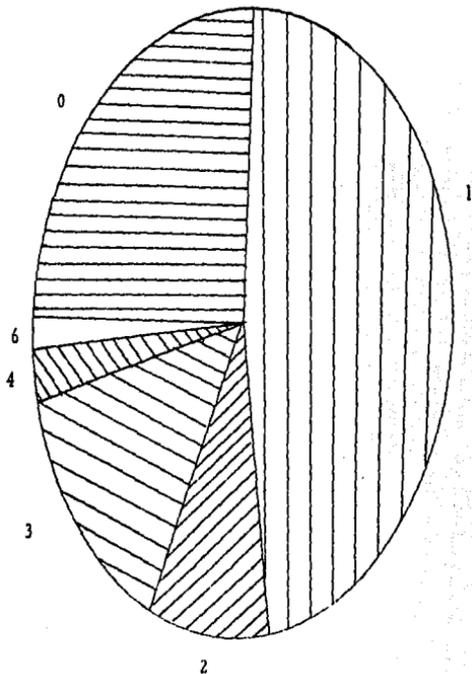


MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA
DISTRIBUCION POR NUMERO DE GESTACIONES



TESIS CON
FALLA DE COMPROBACION

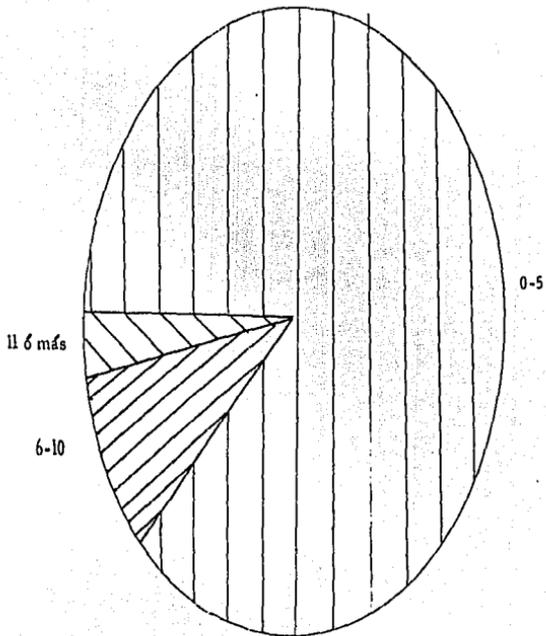
MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA
DISTRIBUCION POR NUMERO DE INTERVENCIONES



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA

ESTANCIA EN LA U. C. I. A.



TESIS CON
FALTA DE ORDEN

RESULTADOS.

En el período estudiado que corresponde al 28 de diciembre de 1973 y el 31 de agosto de 1967, se sucedieron 367 muertes maternas en el hospital de Gineco-Obstetricia # 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de las cuales 100 correspondieron a muerte materna por hemorragia representando el 27.25%.

De las 100 muertes materna por hemorragia se presentaron 60 - casos de atonía uterina después de haberse practicado operación cesárea, atención de parto o legrado uterino instrumental, sien- do su incidencia del 60%, el Desprendimiento Prematuro de --- Placenta Normoinsera se presento en 12 pacientes, el Acretis- mo Placentario en 11 pacientes, la Ruptura hepática en 7 pacien- tes, la Ruptura Uterina en 6 pacientes, el Embarazo Ectopico en 3 pacientes y el Desgarro de la pared vaginal en una paciente. La edad de las pacientes estudiadas oscilo entre 16 y 42 años, - existiendo mayor incidencia entre 21 y 35 años.

El número gestaciones en donde se encontró la mayor incidencia fué entre una y cuatro gestaciones, representando el 69%, la edad gestacional en la que se presento mayor incidencia fué en los em- barazos considerados de término representado en el 46% y el total de muertes maternas por hemorragia ocurridas en el periodo estu- diado se presentaron pacientes desde ocho semanas y puerperas, -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

habiendose presentado el embarazo ectópico en tres pacientes. En 80 pacientes la muerte se presentó en los primeros cinco días de estancia hospitalaria, lo que confirma la gravedad de la hemorragia, y 88 pacientes murieron entre los primeros cinco días de su atención en la unidad de cuidados intensivos de este hospital.

La gran mayoría de las pacientes fueron intervenidas hasta en tres oportunidades haciendo un total de 96 pacientes lo que refleja la falta de oportuna decisión o diagnóstico tardío o equivocado.

Con relación al número de transfusiones solo al 67% de las pacientes se le transfundió entre cero y cinco paquetes globulares lo que refleja el inadecuado manejo de bancos de sangre.

En el año en que mayor incidencia se presentó la muerte materna por hemorragia fue en 1986 siendo de 48.6%.

En el presente estudio la causa predisponente de sangrado fue la atonía uterina posterior a un evento obstétrico, siendo su distribución como sigue: atonía uterina post-cesárea en 34 pacientes atonía uterina post-parto en 18 pacientes, atonía uterina post-LUI en 8 pacientes; sumando un total de 60 pacientes en las que se presentó la atonía uterina como causa predisponente de sangrado.

Las otras 40 pacientes en las que se presentó sangrado las causas predisponentes fueron las siguientes: D.P.P.N.I. se presentó en 12 pacientes, Acretismo placentario en 11 pacientes, Ruptura He-

1 1000
FALLA DE ORIGEN

patica en 7 pacientes, Ruptura Uterina en 6 pacientes, Embazo ectópico roto en 3 pacientes y Desgarro de paredes vaginales se presentó en una paciente, lo que demuestra la falta de decisión en el momento oportuno para la resolución del evento obstétrico, que pone de manifiesto la magnitud de la hemorragia.

Una observación importante en que la gran mayoría, por no decir en su totalidad, de las pacientes provienen de un medio socio-económico medio-bajo y bajo, estas pacientes ameritan una mayor vigilancia en el período puerperal inmediato ya que su estado nutricional y cifras de hemoglobina son menores de las encontradas en paciente de más alto nivel socio-económico, situación esta que obliga a que se le preste una mejor vigilancia a este grupo de pacientes, ya que estas pacientes soportan menor sangrado, que el otro grupo de pacientes con mejor estado nutricional.

El 60% de las muertes maternas por hemorragia encontrados en el presente estudio, se observó que corresponden a embrazos considerados de término y con evolución satisfactoria, lo que obligaría a mejorar la atención en puerperio inmediato y mediato por parte del personal gineco-obstetra en formación.

De las cien pacientes que fallecieron por hemorragia 25 de ellas no se le practicó ninguna intervención quirúrgica y a -

TESIS CON
FALLA DE CUCIEN

45 fueron sometidas a una sola intervención, representando el 70% de las muertes maternas por hemorragia, cifra que refleja la falta de toma de decisión en el momento adecuado.

En el total de pacientes estudiadas, el número de gestaciones más frecuente fue de I-II-III-IV representando el 69% coincidiendo esto con el mayor volumen de pacientes con estos números de gestaciones que nos consultan, situación esta que obligara a una toma de decisión adecuada sin tener en cuenta la edad ni la paridad de las pacientes en las que se presente un evento hemorrágico para así conservar su vida más no la fertilidad.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION.

La frecuencia de mortalidad materna por hemorragia en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 4 del I. M. S. S. en el período comprendido entre el 28-XII-73 al 31-VIII-87 fue de 27.25 por ciento. Cifra que es similar a las encontradas en literatura consultada de diferentes países de America y Europa.

Cifra esta que puede ser abatida muy notablemente si nuestro Hospital contara con un banco de sangre con la suficiente cantidad de sangre y de sus derivados en el momento que se necesite, esto por ser un Hospital de Tercer Nivel de Atención Médica, es un requisito con el cual debería contar. Al igual que con el mejor adiestramiento y capacitación del personal Gineco-Obstetra en formación encaminada a tomar una decisión quirúrgica en el momento oportuno, ya que siendo este Hospital de formación especializada debe contar con personal docente y en formación capacitados para la resolución de los padecimientos hemorrágicos que se pueden presentar en la mujer en el estado Gravido-Puerperal. Siendo que la causa predisponente de sangrado más frecuente que se encontró el presente estudio fue la Atonía Uterina sucedida después de un evento obstétrico, -trans y post cesárea, post-parto o post-LUI, refleja --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la falta de vigilancia de la paciente en el puerperio inmedia-
to y insuficiente capacitación del personal para decidir el -
momento en que se debería actuar oportunamente para la -
resolución de esta complicación obstétrica, encontrando --
que la incidencia por esta causa fue del 60%, si hubiese me-
jor vigilancia de la paciente obstétrica esta cifra disminu-
iría notablemente.

El 60% de las pacientes murieron en las primeras cuarenta
y ocho horas de estancia hospitalaria, y el 61% en las pri-
meras cuarenta y ocho horas de estancia en la U. C. I. A. --
A 35 pacientes no se le fue administrada ningún tipo de trans-
fusión, a 67 se le fueron administrados hasta 5 paquetes glo-
bulares, cifra esta que esta de acuerdo con la insuficiencia
de nuestro banco de sangre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

1. El porcentaje de mortalidad materna por hemorragia en el Hospital de Gineco-Obstetricia #4 del I.M.S.S. en el período comprendido entre el 28-XII-73 al 31-VIII-87 fue del 27.25%, cifra esta similar a las encontradas en estudios comparativo con otros países de America y Europa.
2. La atonia uterina, fue la causa predisponente de sangrado más frecuente después de un evento obstétrico, siendo esta del 60%, cifra que manifiesta la falta de toma de decisión en el momento oportuno.
3. Las edades en que se presentó con más frecuencia la mortalidad materna por hemorragia fue en las comprendidas entre 21 y 35 años.
4. El número de gestaciones en la que se presentó más frecuentemente la mortalidad materna por hemorragia fue en I y III, siendo del 60%.
5. La edad gestacional más frecuente en este grupo de pacientes fueron los considerados de término y de evolución satisfactoria, hecho que obliga a una mejor vigilancia de la paciente puerpera.
6. La más alta incidencia de mortalidad materna por hemorragia fue en las primeras cuarenta y ocho horas de estancia hospitalaria y en la U.C.I.A., siendo del 60 y 61% respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. El 96% de las pacientes fueron sometidas a una, dos y hasta tres intervenciones, encontrando que 45 de ellas fueron sometidas a una sola intervención, cifra que refleja el inadecuado adiestramiento del personal docente y en formación en este tipo de problemas.
8. Incrementar el volumen de sangre en sus diferentes tipos en el banco de sangre .
9. Mejorar el ADIESTRAMIENTO del personal Gineco-Obstetra en formación, para así claro concepto de una toma de decisión oportuna en estos padecimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

. BIBLIOGRAFIA.

1. Allemand, W. A. : Hemorrhage as cause of maternal mortality. Clin. Obstet. Gynecol 6:825, 1963.
2. Käser: Tratado de Ginecología y Obstetricia. Ed. Salvat. 690, 1974.
3. Kelly, J. V. : Hemorragia postparto. Clin Obstet. Gynecol. 23:595, 1976.
4. Lane, R.E. : Maternal mortality in Chicago, 1956 trough 1960. Am. J. Obstet Gynecol. 83:52, 1963.
5. Hellman, L. M., Pritchard, J. : Williams Obstetricia. Ed. Salvat 1983.
6. Brandt, J. T. : Conceptos actuales sobre coagulación. Clin. Obstet. y Ginecol. 1:1985.
7. Sher G., Statland B.E. : Desprendimiento de placenta con coagulopatía: una base lógica para tratamiento. Clin. Obstet. Ginecol. 1: 1985.
8. Alvarez Bravo, A. : Mortalidad materna. Soc. Med. Mex. - 100: 643, 1970.
9. Agüero, O. : Torres, J. y Kizer, S. : Mortalidad materna en la maternidad "Concepción Palacios". Ginec. Obstet. -- Mex. 45: 509, 1977.
10. Bomte, J. : Maternal mortality. En: Epidemiological appro

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ach. Acta Obst. Gynecol. Scand. 46: 445, 1967.
11. Chavez, J.; Soberon, J. y Castelazo, L.: Operación cesárea y mortalidad materna, Factores predisponentes. Ginec. Obstet. Méx. 22: 163, 1967.
 12. Domínguez, H. y Karchmer, S.: Placenta previa; experiencia del hospital de Gineco-Obstetricia# 1 del IMSS Ginec. Obstet. Méx. 22:507, 1967.
 13. Bolétin de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.
 14. Bennett, B. y Rathoff, O.: The normal coagulation -- mechanism. Med. Clin. North Amer. 56: 95, 1972.
 15. Mac Farlane, R.G.: The basis of the cascade hypothesis of blood clotting. Tromb. Diath. Haemorrh. - 15:591, 1966.
 16. Thomson, M.J.: A practical guide to blood coagulation and haemostasis. J.A. Churchill, London, 1970.
 17. Espinoza de los Reyes S.: Comités de estudio de mortalidad materna evolución historica y objetivos. Ginec. Obstet. Mex. 53: 237, 1985.
 18. Alvarez Bravo A.: Mortalidad materna. Gac. Med. Mex. 100: 555, 1970.
 19. Coppes J. B.; Messer R. H.: Maternal deaths in California From 196701971 a demonstration of the need mortality review Am. J. Obst. Gynecol. 125 (3): 393, 1976.
 20. Frigoletto D. F.; Regan K. J.; Philippe M.: Maternal morta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- lity rate associated with section an appraisal. Am. J. Obst. Gynecol. 136(7):969.1980.
21. Hardy W. E. ; Freeman M. G. ; Thompson J. D. : A ten - year review of maternal mortality. Obst. Gynecol. 43: 65, 1974.
 22. Karchmer K. S. ; Armas D. J. ; Chávez A. J. ; Shor P. V. : Estudios de mortalidad materna en México: Consideraciones médico sociales. Gac. Med. Mex. 109: 63, 1976.
 23. Ruiz V. V. ; Zetina G. T. F. ; Pérez de Salazar J. ; Aligdo L. E. : Mortalidad por hemorragia en el hospital de - Gineco-Obstetricia # 3 IMSS. GIN. Obst. Mex. 29: 577, 1971.
 24. Angeles W. C. D. ; Villalobos R. M. ; Valdés M. J. E. ; -- CHavez A. J. : Mortalidad materna por hemorragia análisis de once años hospital de Gineco-Obstetricia # 4 -- IMSS. Gin. Obst. Mex. 53: 107, 1985.
 25. Trejo R. C. A. : Mortalidad materna en el hospital de la - Mujer, SSA de 1969-1973. Gin. Obst. Mex. 36:301.1974.
 26. Fianu S. : Maternal mortality in Sweden. Acta Obst. Gyn. 57: 129, 1978.
 27. Jubiz Hasbun A. ; Sánchez C. C. : Comparative maternal - mortality during two periods 1963-72. Rev. Col. Obst. -- Gin. 27:129, 1976.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN