



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER

“MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA OBSTETRICA. FACTORES DE RIESGO HOSPITAL DE LA MUJER”.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA EL:

DR. JESUS FERNANDO GALLARDO PINEDA

Asesor: MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA

MÉXICO, D.F., AGOSTO DE 2012



**Hospital
de la Mujer**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

Marco teórico	2
Introducción	
Definición	
Epidemiología	3
Fisiopatología	
Modificaciones de la hemostasia.	4
Cambios en los parámetros hematológicos	
Modificaciones de la coagulación y la fibrinólisis en el curso del embarazo normal.	
Etiología	6
Clasificación de los Factores de riesgo	7
Factores de riesgo elevado	
Factores de riesgo bajo	
Estadificación del riesgo	
Factores de riesgo para Hemorragia Postparto en porcentaje de aparición	8
Reconocimiento de las hemorragias masivas y exanguinantes.	
Puntos fuertes	9
Puntos vulnerables	
Planteamiento del problema	
Objetivos	10
Descripción del estudio	
Metodología	
criterios de inclusión	
criterios de exclusión	
Variables cuantitativas nominales	
Resultados y graficas	12
Análisis de resultado	21
Conclusiones	23
Bibliografía	24

MARCO TEORICO

Introducción.

Cerca de medio millón de mujeres mueren anualmente en todo el mundo a partir de causas relacionadas con el embarazo y el parto (UNICEF, 1996; OMS, 1990).⁵

Aproximadamente una cuarta parte de estas muertes son causadas por complicaciones de la tercera etapa del parto, es decir, sangrado dentro de las primeras 24 horas después del parto.⁵

Uno de los objetivos de desarrollo del milenio fijados por las naciones unidas en el año 2000 es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el 2015.

Si esto se logra las muertes maternas relacionadas con la hemorragia postparto deben de ser significativamente reducidas. En apoyo a esto, los trabajadores de la salud en los países en desarrollo necesitan tener el acceso a los medicamentos apropiados y ser entrenados en los procedimientos pertinentes. Pero más allá de esto, los países necesitan guías basadas en evidencias, sobre la seguridad, calidad y la utilidad de las distintas intervenciones. ⁶

En el informe 2003-2005 las consultas confidenciales en el reino unido sobre muerte materna, la hemorragia fue la tercera causa directa de muerte materna (6,6 muertes por millón de embarazos).

Definición.

Se define a la hemorragia obstétrica grave, como la perdida sanguínea de origen obstétrico con presencia de algunos de los siguientes criterios.

Pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito por más de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o perdida mayor de 150ml/min.^{1,2}

La hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500ml. Posterior a un parto vaginal, o a la pérdida de más de 1000ml. Posterior a una cesárea. Se considera primaria si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.^{1,2,3,5,6} Y secundaria si se produce de 24 horas a 12 semanas después del parto.⁷ Su causa principal es la atonía uterina, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists la subdivide en leve hasta 1000ml. Moderada de 1000 a 2000ml. Y severa más de 2000ml.⁴

Actualmente, se considera hemorragia masiva cuando una paciente requiere la reposición de 10 o más paquetes globulares para su manejo en un término de 24 horas. ³

El compromiso hemodinámico es más probable que ocurra en condiciones tales como anemia, deshidratación e hipertensión gestacional con presencia de proteinuria, hemofilia y las mujeres que toman anticoagulantes.^{3, 4}

Nuestro país clasificado por la organización mundial de la salud (OMS), como mortalidad materna en cifras intermedias, quedo incluido en los acuerdos establecidos por la OMS (metas de desarrollo del milenio), para disminuir la mortalidad materna en 75% con relación en las cifras registradas en 1990.

Epidemiología

La organización mundial de la salud reporta que existe en el mundo 536,000 muertes maternas al año, de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétricas, representando el 255 total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 24 horas posparto.^{3,5}

Este periodo es de gran riesgo debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para contrarrestar este evento urgente, como es el uso de uterotonicos, soluciones parenterales y sus derivados.

Es importante señalar que además de la muerte materna, la hemorragia obstétrica genera secuelas, como el síndrome de diestress respiratorio, cuagulopatía, choque hipovolémico y perdida de la fertilidad.

La preocupación que ha permanecido en los últimos años se debe a que estas muertes maternas son previsibles hasta en un 80% de los casos.

En México la hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna, y en el año 2008 la razón de mortalidad materna por esta causa fue de 14.3 por

100,000 nacidos vivos. Es importante señalar, que la atonía uterina es la principal causa de hemorragia obstétrica en países en desarrollo incluyendo a México.⁵

Fisiopatología

En el embarazo existe un incremento de la volemia del orden de un 30-50%, llegando al 8.5 a 9% del peso corporal. Esta situación permite que la gestante tolere pérdidas sanguíneas de hasta el 15% de su volumen circulante antes de manifestar taquicardia o hipotensión arterial, cuando estos síntomas se presentan, el sangrado resulta cercano a 1000 ml y por lo tanto estamos en presencia de una hemorragia obstétrica grave.

Modificaciones de la hemostasia.⁹

Cambios en los parámetros hematológicos

Recuento plaquetario ↓

Fibrinógeno y factor Von W ↑

Factores VII, VIII, IX, X, XII ↑

Factor XI = / ↓

Factor V y XIII ↑ / ↓

Antitrombina, proteína C =

Proteína S ↓

Activador tisular del plasminógeno ↓

PAI 1 e inhibidor de la fibrinólisis ↑

Fragmento proteico 1+2, complejos trombina-antitrombina, dímero D y fibrinopéptido A.⁹

Diversas afecciones vinculadas con el embarazo, podrán activar la coagulación agotando su capacidad hemostática, inhibiendo los factores constituyentes de su mecanismo, o impidiendo su síntesis. En las tres situaciones, se desarrolla un estado de hipocoagulabilidad y la posibilidad que se presenten hemorragias que ponen en riesgo de vida de la madre y el feto.⁹

Modificaciones de la coagulación y la fibrinólisis en el curso del embarazo normal.

La actividad procoagulante aumenta al doble al final del embarazo.⁹ Estas modificaciones se producirán como consecuencia de los cambios hormonales, y responden a la necesidad de ofrecer una rápida y efectiva hemostasia al momento del desprendimiento placentario para evitar una hemorragia exanguinante. Otros investigadores consideran que los cambios hormonales no justifican plenamente las modificaciones referidas.⁹

El cambio más frecuente de observar es la disminución del recuento plaquetario, que llega a valores de plaquetopenia (<150,000/mm³) en alrededor del 10% de las gestantes al finalizar el embarazo.⁹

En parte esta cascada del recuento responde a la hemodilución existente, y probablemente al aumento del consumo fisiológico en el último periodo de gestación.⁹ Al final del embarazo se demostró la activación plaquetaria a través del aumento de la concentración de tromboglobulina y A2- tromboxano.⁹

Es habitual observar aumento del dímero D. sus valores se incrementan por sobre los de referencia. En el curso del último trimestre alcanzando su valor máximo en el puerperio inmediato. Inicia la existencia de aumento de la activación fibrinolítica local, sin embargo durante el embarazo el balance global se inclina de una manera neta a favor de la activación procoagulante. Esta actividad resulta máxima en el momento del alumbramiento.⁹

El tiempo de protrombina se acorta significativamente, pero dentro de los valores normales. El tiempo de trombina se prolonga dentro del rango de referencia normal, y este cambio resulta de la presencia de productos de degradación de fibrinógeno y fibrina circulante, que provocan modificaciones en la constitución molecular del fibrinógeno (disfibrinogenemia). No se observaron cambios en el PTT₉, aunque se refirió acortamiento en el rango normal.⁹

El útero se compone de una red entrelazada única de musculo, de fibras conocidas como miometrio con vasos sanguíneos que irrigan el pase a través de este lecho placentario adherido a él musculo uterino, la contracción del miometrio es la principal fuerza impulsora tanto para la separación de la placenta y la hemostasia a través de la constricción de estos vasos sanguíneos. Este mecanismo de ahorro de sangre se le conoce como el de las suturas fisiológicas o ligadura de vida. ⁵

El manejo activo del tercer periodo del parto aumenta el proceso fisiológico y se ha demostrado que se asocia con una doble reducción en el riesgo de hemorragia postparto y menor necesidad de transfusión de sangre. ⁵

Además, el aumento fisiológico en los factores de coagulación durante el trabajo de parto ayuda a controlar la pérdida de sangre después de la separación de la placenta, una pérdida de sangre hasta 500ml. En el parto es considerado como fisiológicamente normal, en los cuales una mujer embarazada sana puede afrontar sin dificultad.⁵

Etiología

La principal causa de hemorragia obstétrica grave es la atonía uterina. Se identificaron factores de riesgo para esta y otras patologías hemorrágicas, de valor predictivo relativo por su baja especificidad, pero que son los únicos elementos con que se cuenta en la actualidad para generar un estado de alarma preventivo. Fueron enunciadas como patologías de riesgo para desarrollar hemorragia obstétrica grave:¹⁰

Acretismo placentario

Placenta previa

Cirugías uterinas: cesárea, miomectomía, miometrectomía, raspados cavitarios

Dilatación cervical manual

Parto forcipal

Parto en avalancha

Ventosa extractora

Infecciones vaginales

Preeclampsia

Desprendimiento placentario

Muerte fetal

Polihidramnios

Embarazo múltiple

Trabajo de parto prolongado

Corioamnionitis

Miomatosis uterina

Alteraciones anatómicas uterinas

Macrosomía

Gran múltipara

Anemia previa

Coagulopatía previa (enfermedad Von Willebrand)

La operación cesárea de urgencia cuadruplica el riesgo de hemorragia obstétrica.¹⁰

En fecha reciente, Sosa y col identificaron sobre más de 11.000 nacimientos en 24 maternidades de Argentina y Uruguay, los factores de riesgo para hemorragia grave postparto vaginal, que se presentó en el 1,9% de los nacimientos. Las patologías identificadas fueron: retención de restos placentarios, embarazo múltiple, macrosomía, inducción del parto y necesidad de sutura perineal.¹⁰

Por encima de los 35 años, la morbi-mortalidad materna vinculada con la hemorragia aumenta. Conde-Agudelo y Belizan determinaron que la probabilidad de sangrado obstétrico durante el tercer trimestre de gestación se incrementa aproximadamente 70% cuando el periodo entre gestaciones fue inferior a seis meses.¹⁰ En otro trabajo, los mismos autores también demostraron mayor riesgo de hemorragia postparto en embarazadas adolescentes.¹⁰

Se estableció una estrecha correlación en la tasa de mortalidad materna y la calidad del servicio, definida esta última tomando como base el Reporte Mundial de la Salud del año 2000¹⁶. Un estudio de casos y controles mostró que el riesgo de muerte aumentaba 10 veces cuando la estructura hospitalaria no era la adecuada. Estas variables incluyen:

1. ausencia de guardia obstétrica activa y de atención obstétrica esencial
2. ausencia de residencia en obstetricia (indicador indirecto de disponibilidad de personal de planta y conducción acreditado en la especialidad)
3. menos de 1.500 partos por año.

Los centros asistenciales nivel 2, deberán contar con servicio de hemoterapia y anestesiólogo de atención permanente.¹⁰

Clasificación de los Factores de riesgo

En base a la experiencia con distintos factores de riesgo, se categorizan según el riesgo elevado o bajo para producir hemorragia. Creemos que esto resulta útil para identificar el grado de riesgo de cada paciente y para individualizar las necesidades de infraestructura para el tratamiento en cada caso.¹⁰

En este sentido reconocemos:

Factores de riesgo elevado: placenta previa localizada sobre la cicatriz de cirugía anterior (Ej. cesárea o miomectomía), coagulopatía no controlada, (ej. Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, etc).

Factores de riesgo bajo: parto forcipal, macrosomía fetal, infecciones vaginales, polihidramnios, embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado, corioamnionitis, miomatosis uterina.⁹

Estadificación del riesgo

Según la identificación de los factores de riesgo, se impone la adopción de medidas iniciales de prevención de acuerdo con el grado de riesgo.⁹

1- Riesgo **ausente:** atención del parto en condiciones habituales.

2- Riesgo **bajo:** con un factor de riesgo. Estos casos serán atendidos en centros que garanticen la disponibilidad de recursos necesarios para la atención de una hemorragia obstétrica. Si bien no requieren de la preparación previa de los recursos (ej. cateterismo arterial previo, disponibilidad de sangre compatible en quirófano, presencia de cirujano general o vascular en quirófano, etc.) creemos conveniente, que se active una alerta en todos los sectores que pudieran ser requeridos ante la presentación de una hemorragia grave.

3- Riesgo **elevado:** dos o más factores de riesgo, o el diagnóstico de acretismo placentario, merece seguir de protocolo según el apartado.

Factores de riesgo para Hemorragia Postparto en porcentaje de aparición.

Factor de riesgo OR ajustado (análisis multivariado)

Placenta previa 13 .1%

Abruptio placentae 12.6%

Cesárea de emergencia 3.6%

Enfermedad Von Willebrand 3.3%

Corioamnionitis 2.5%
Cesárea electiva 2.5%
Embarazo gemelar 2.3%
Peso fetal mayor de 4500 gramos 1.9%
Polihidramnios 1.9%
Multiparidad 1.9%
Síndrome HELLP 1.9%
Parto instrumentado fórceps 1.9%
Inducción del trabajo de parto 1.6%
Obesidad 1.6%
Antecedente de HPP 1.6%
Cesárea previa 1.5%
Trabajo de parto prolongado 1.1%
Edad mayor de 40 años 1.4%

Reconocimiento de las hemorragias masivas y exanguinantes.

Identificar la gravedad aceptando como base el volumen de reposición de la masa globular implica un reconocimiento tardío, toda vez que la hemorragia ya adquirió carácter crítico. Considerar como criterio de gravedad la definición de transfusión masiva, que identifica como tal aquella cuyo monto es igual o superior a cuatro unidades de glóbulos rojos en el transcurso de una hora, o bien el reemplazo del 50% de la volemia en tres horas; solo tendrá valor para efectuar su identificación retrospectiva.

El Advanced Trauma Life Support – ATLS – es una guía y un programa de adiestramiento de postgrado para la asistencia inicial de la víctima de un politraumatismo. De acuerdo con este manual de procedimientos, en presencia de hemorragia aguda con hipotensión arterial, se procederá a la expansión de la volemia con solución electrolítica isotónica (solución de Ringer lactato o en su defecto solución fisiológica) cuyo volumen se calculará de acuerdo con el peso estimado: 50 mL por kg de peso. Este volumen de 3.000 mL para una mujer con peso promedio de 60 kg, coincide con el monto de reposición electrolítica inicial que corresponde a una pérdida sanguínea de 1.000 mL (relación 3:1) a partir del que estamos en presencia de una hemorragia obstétrica grave. De acuerdo con la respuesta obtenida en los parámetros vitales (tensión arterial, pulso, perfusión tisular), se identificará precozmente aquellas enfermas con hemorragias masivas o que evolucionan hacia un sangrado exanguinante. Una respuesta adecuada y sostenida, junto con el control del sangrado, indica que la hemorragia no ingresará al rango de masiva o exanguinante. Una respuesta parcial y/o transitoria sin una hemostasia satisfactoria nos advierte sobre la posibilidad de una hemorragia masiva, mientras que una respuesta hemodinámica ausente anuncia la existencia de una hemorragia exanguinante en curso.

Además, la guía establece la premura con la que se iniciará la transfusión. En la primera de las situaciones, si hubiera indicación, se efectuarán las pruebas de compatibilidad antes de proceder con la misma. En las otras dos circunstancias, la rápida recomposición del volumen globular podría justificar el uso de sangre isogrupo no compatibilizada o grupo 0 Rh negativa cuando el estado de la enferma es crítico.

Puntos fuertes

- 1.- Cerca de medio millón de mujeres mueren anualmente en todo el mundo a partir de causas relacionadas con el embarazo y el parto (UNICEF, 1996; OMS, 1990),5.
- 2.- 140,000 de estas muertes son originadas por hemorragia obstétricas, representando el 255 total de las muertes maternas.
- 3.- Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 24 horas postparto.

Puntos vulnerables

En la actualidad pese a los cuidados prenatales y el seguimiento de los embarazos de alto riesgo se continúan presentando muertes maternas relacionadas a este suceso.

Planteamiento del problema

La muerte materna por hemorragia obstétrica es un evento que aún se presenta en nuestra práctica profesional en el Hospital de la Mujer de México D.F., es importante conocer qué porcentaje de las muertes maternas acontecidas en el Hospital de la Mujer pueden ser prevenibles y tratadas de una mejor manera, y así ayudar a que disminuya la mortalidad de las mismas, teniendo una mejor atención en la detección de los factores de riesgo e identificando a las pacientes con mayores riesgos.

Objetivos

El objetivo general del proyecto es poder identificar los factores de riesgo que se presentaron en los casos de mortalidad materna por hemorragia obstétrica de junio del 2002 a junio del 2012.

Descripción del estudio.

Tipo de investigación: Estudio observacional, transversal, retrospectivo

Metodología

Se revisaron expedientes existentes de pacientes de mortalidad materna del Hospital de la Mujer de México Distrito Federal de junio de 2002 a junio de 2011.

Criterios de inclusión:

Expedientes de mortalidad materna por hemorragia obstétrica atendidas en el Hospital de la Mujer

Criterios de exclusión:

Pacientes que tuvieron el diagnóstico de muerte a causa de hemorragia obstétrica las cuales no se atendieron en el Hospital de la Mujer

VARIABLES CUANTITATIVAS NOMINALES

Edad de la paciente

Edad gestacional

Número de consultas prenatales

Gestas

Paras

Aborto

Cirugías previas

Sangrado quirúrgico y sangrado total

Tipo de nacimiento

Cirugías realizadas en el hospital

Complicaciones

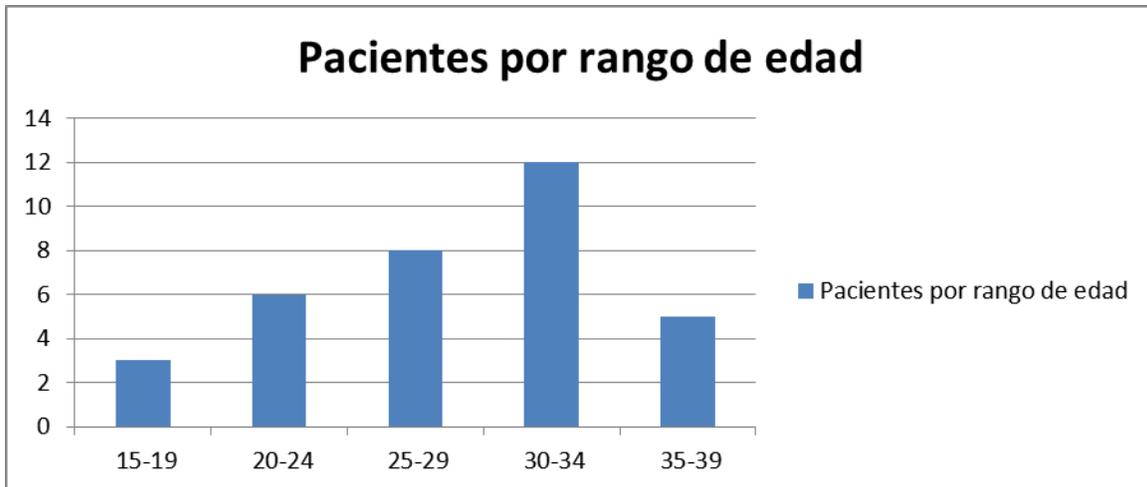
Resultados

En nuestra investigación se encontraron un total 34 muertes maternas, desde el año 2002 al 2011.

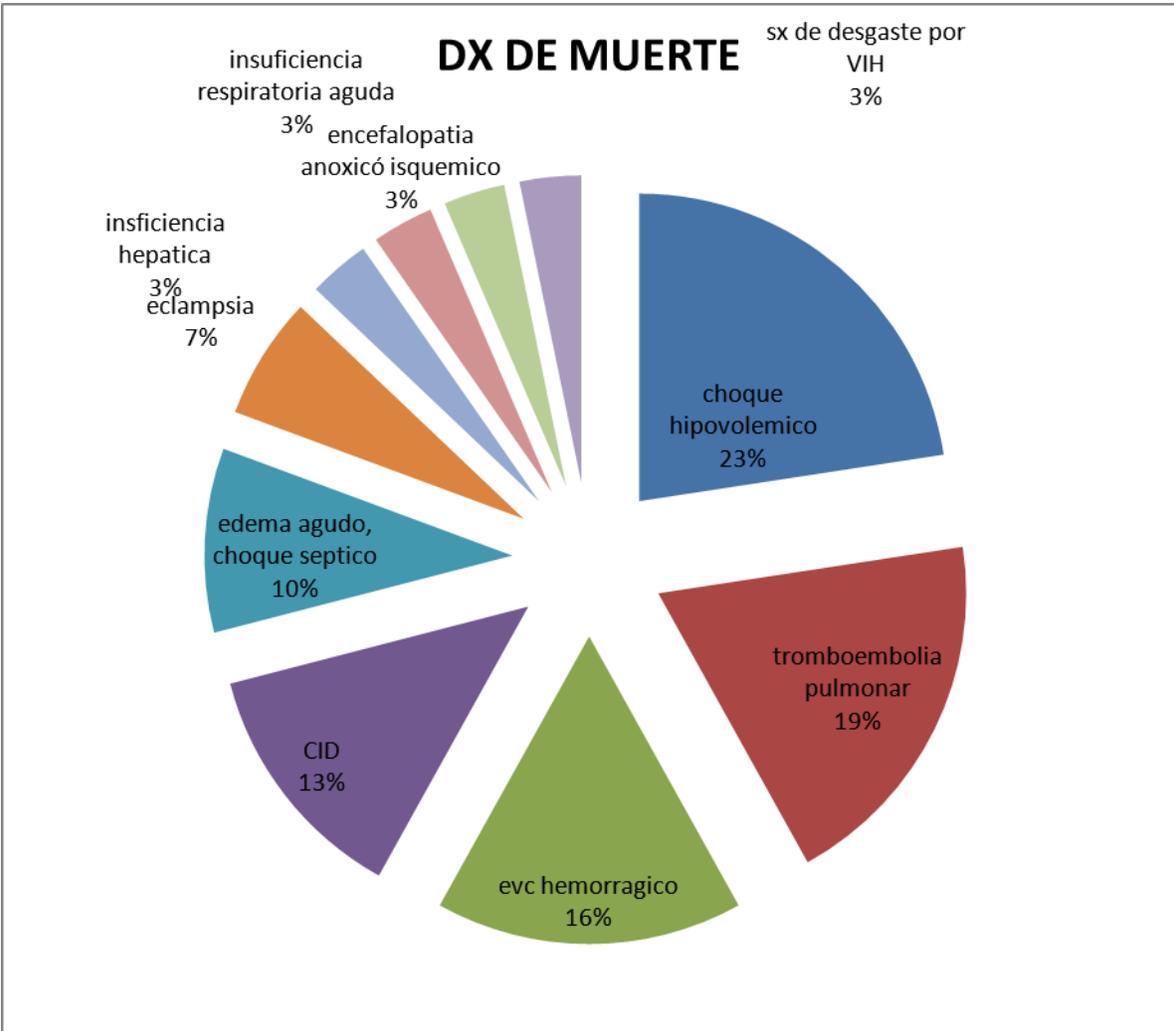


En cuanto a los grupos de edad, los resultados fueron que dentro de la edad de 30-34 se presentó el mayor número de muertes maternas con 12 pacientes, seguido del grupo de edad de 25-29 con 8 pacientes y por detrás de este, el grupo de edad de 20-24 con un total de 6 pacientes, con el restos de las pacientes plasmadas en gráfica, presentando un promedio de 28.3 y un rango de 22.

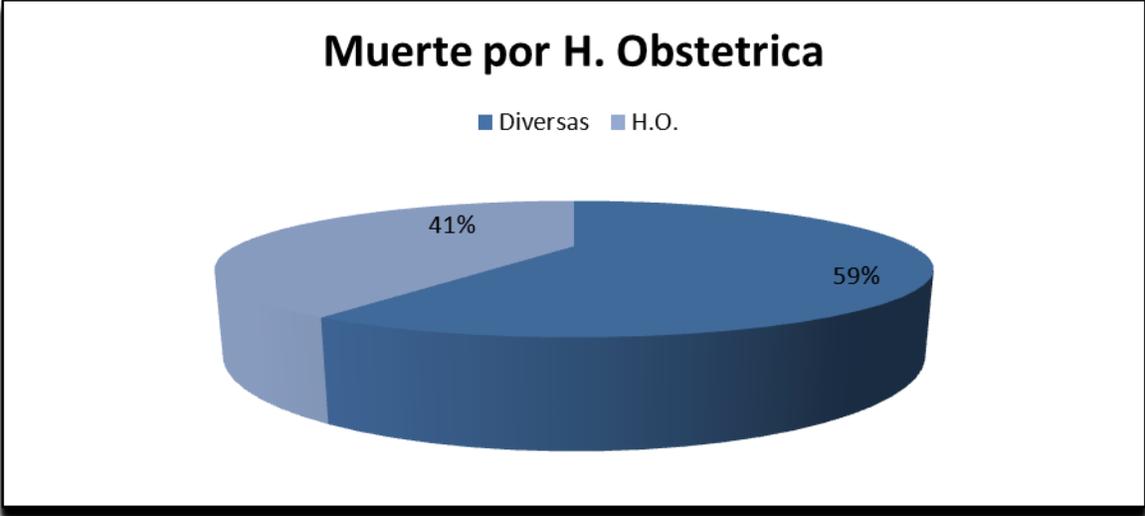
Con respecto a la edad materna la evidencia fue de que se presentó mayor número de pacientes a finales de la tercera e inicios de la cuarta lo cual se podría tener cuidado especial en las pacientes de 25 a 35 años.



Con respecto los diagnósticos **finales** de muerte, se encontró lo siguiente: Choque Hipovolémico con un total de 7 pacientes, seguida de tromboembolia pulmonar con un total de 6 pacientes, enfermedad vascular hemorrágica con 5 pacientes, CID con 4 pacientes, edema agudo pulmonar y choque séptico con 3 pacientes cada uno, eclampsia con 2 pacientes e insuficiencia hepática, encefalopatía anoxicó isquémica, insuficiencia respiratoria aguda y síndrome de desgaste por VIH con un paciente cada uno, estos fueron los diagnósticos emitidos como ultima causa de muerte por el médico tratante y plasmado en el certificado de defunción, lo cual quiere decir que previamente pueden presentar múltiples diagnósticos sin llegar a ser los finales.



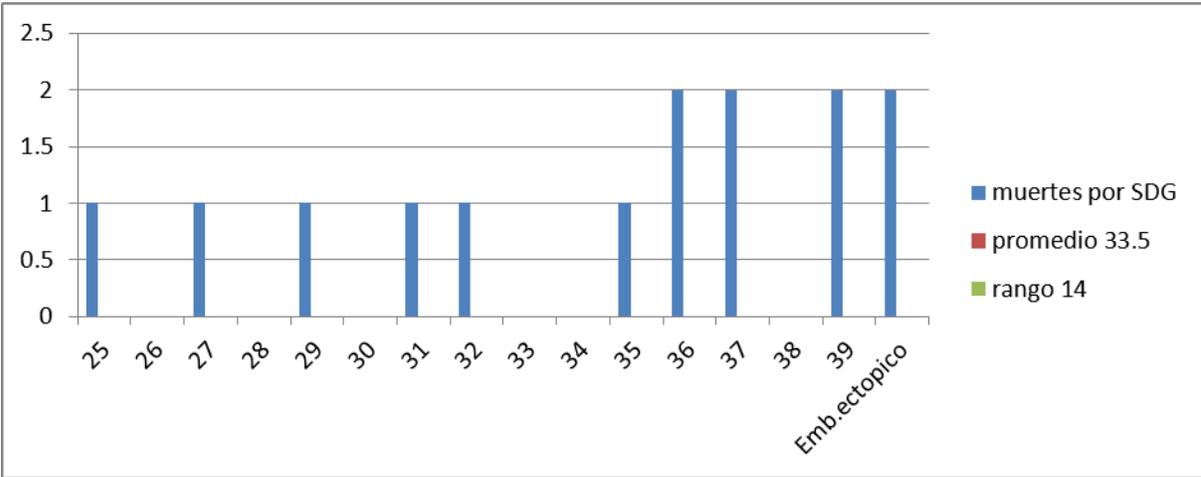
Del total de 34 defunciones que son las registradas del 2002 al 2011, 14 de ellas fueron por hemorragia obstétrica, de forma directa o indirecta, lo que representa el 41.1% del total de las muertes.



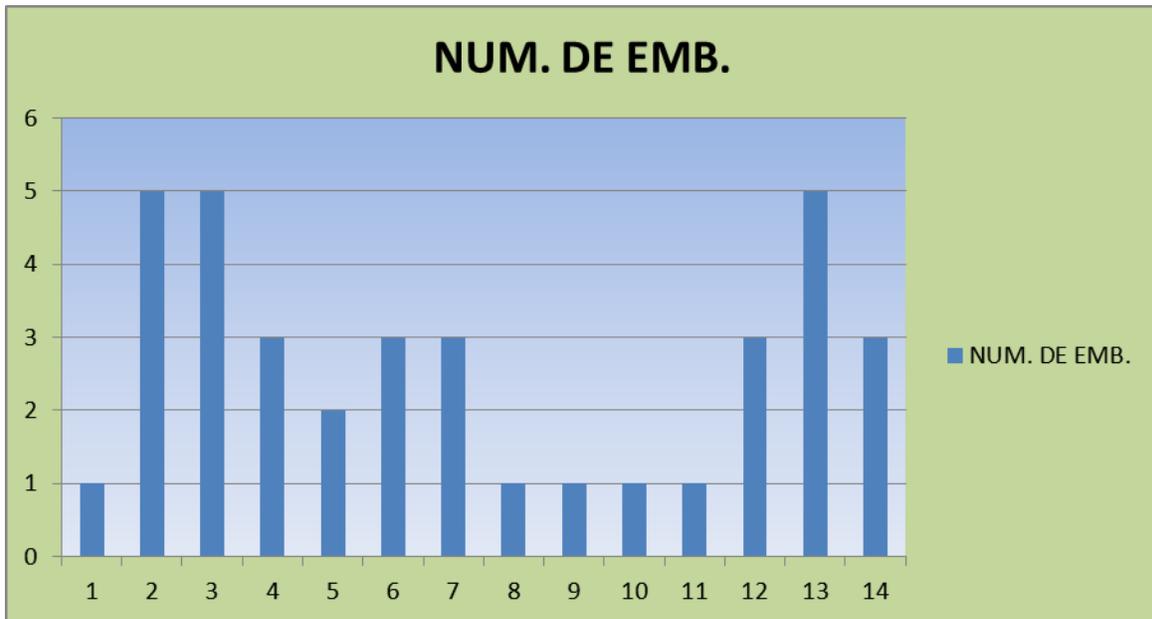
El promedio de edad en este grupo de pacientes fue de 30 años con un rango de 18 y 36

Con respecto a la edad gestacional fue más frecuente en el tercer trimestre del embarazo con un promedio de 36 semanas y solo dos casos en el primer trimestre (embarazo ectópico).

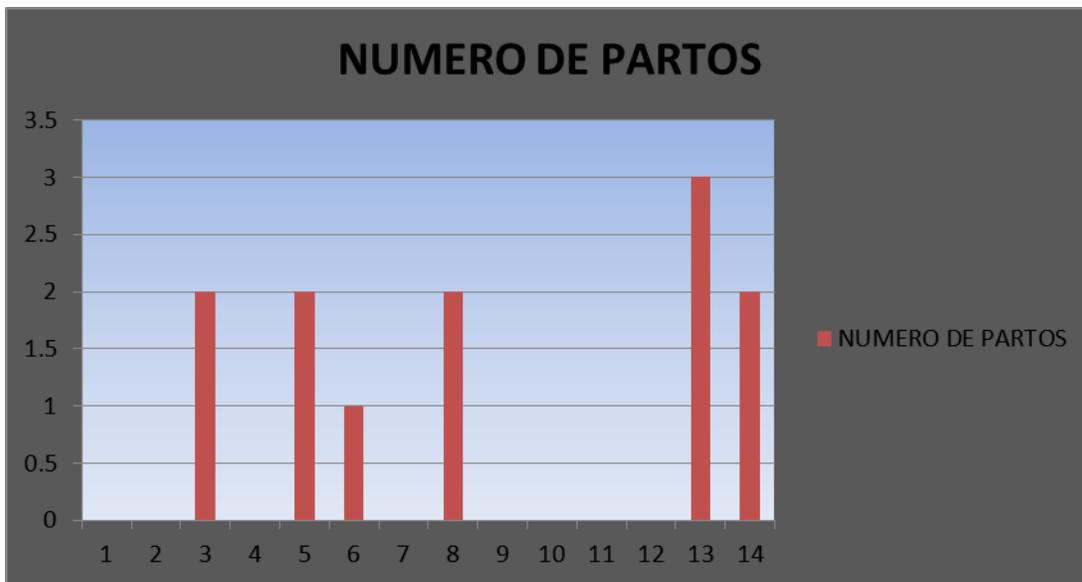
SEMANAS DE GESTACION



El número de embarazos más frecuente fue de 3 y 5 con 5 pacientes respectivamente.

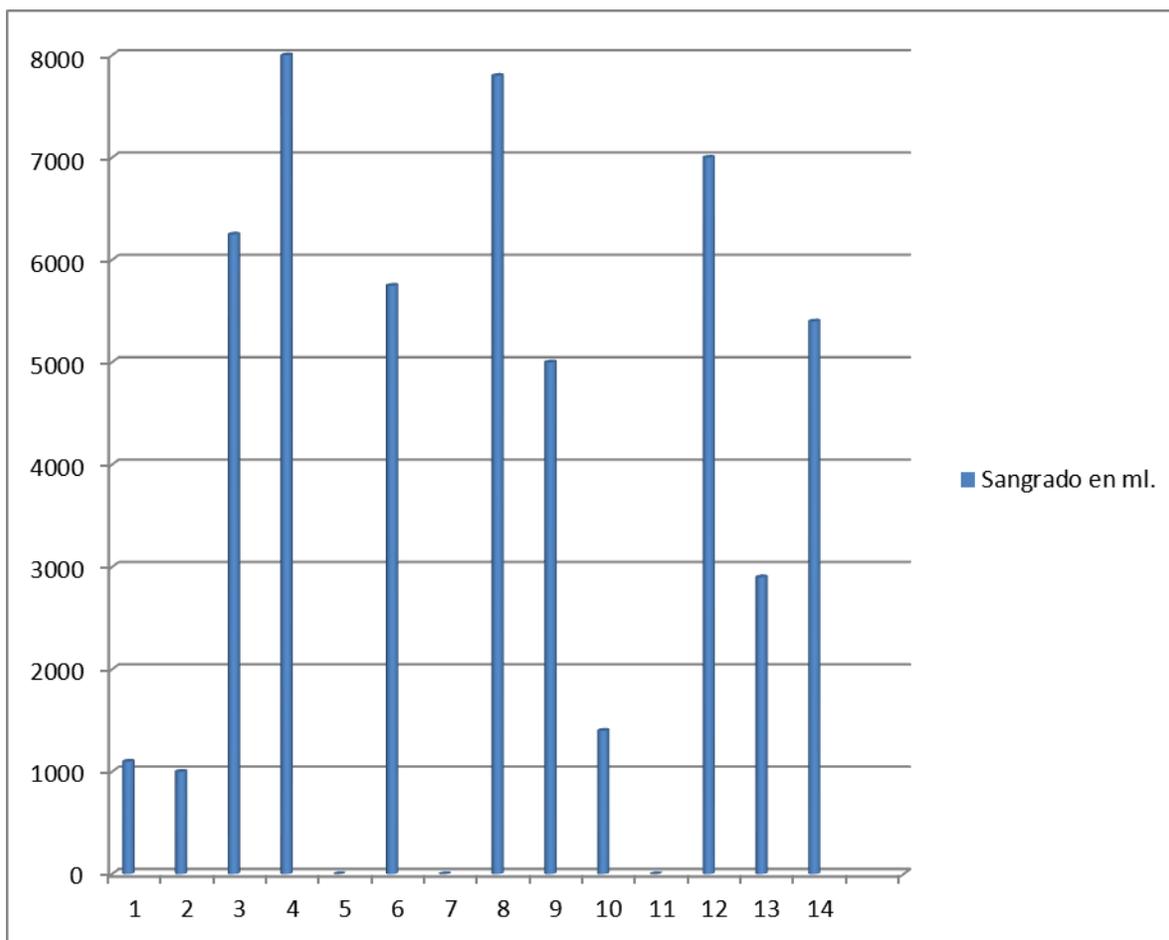


Y de estas pacientes tenían el antecedente de partos previos en promedio de 2



El antecedente de cesárea estuvo presente en 4 pacientes. De estas una paciente tenía 3 cesáreas previas y 2 con 2 cesáreas.

Con respecto al sangrado ocurrido durante el evento obstétrico fue el máximo reportado fue de 8000ml. y el mínimo de 1000ml. Presentado un promedio de 4690ml; en 3 pacientes no se cuantifico el sangrado.



DIAGNOSTICOS AGREGADOS A PACIENTES CON HEMORRAGIA OBSTETRICA

paciente	Pre.se.v	Pla.pre.v	DP.PN.I	Sx.HELLP	ATONIA. UET.RIN.A	HIGAD.O. GRAS.O	C.SEP.TIC.O	CORIOA.MNIOITIS	ACRE.TISMO	INT.C.HOLS	ECLAMPSIA	EMB.ECT	C.HIP.OVOL	CID
1	*		*											
2	*	*												
3			*										*	*
4		*							*					
5				*	*									
6	*				*								*	
7				*	*						*			
8				*		*	*							*
9												*	*	
10							*	*		*				*
11												*	*	
12		*							*					
13	*			*										*
14	*												*	
TOTAL	5	3	2	4	3	1	2	1	2	1	1	2	5	4

Se observa que varios pacientes presentaron más de un diagnostico agregado a Hemorragia Obstétrica, como lo es la Preeclampsia Severa, seguida de CID y Síndrome de HELLP

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE INGRESO, ASOCIADO A HEMORRAGIA OBSTETRICA

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
P. SEVERA	7	50%
SX DE HELLP	3	21.42%
ECTOPICO	2	14.28%
DPPNI	1	7.15%
INTOLERANCIA A CHO	1	7.15%
TOTAL	14	100%

Respecto a las cirugías realizadas (Cesáreas, Laparotomía Exploradora, Ligadura de Arteria Hipogástrica, Histerectomía Obstétrica y Empaquetamiento).

Pac.	Intervenciones QX.	Cesáreas 78%	LAPE 78%	Lig.Art.Hipogastrica 28%	HTA 64%	EMPAQUETAMIENTO 35%
1	2	1	1			
2	1	1				
3	2	1		1	1	1
4	1	1			1	
5						
6	2	1	1	1	1	2
7	2	1			1	
8	6	1	4	1	1	2
9	1		1		1	
10	1		1			
11	1	1	0		1	
12	2	1	1		1	
13	3	1	1	1	1	
14	3	1	1			
Total	27	11	11	4	9	5

El total de recién nacidos que sobrevivieron fueron 9, hubo tres muertes fetales de las cuales una paciente presentó el diagnóstico de óbito desde su ingreso y dos con diagnóstico de embarazo ectópico.

Respecto a la procedencia de las pacientes se ve una clara igualdad de atención ya sea procedente del estado de México o del Distrito Federal con un total de 7 pacientes cada uno, lo que si llama la atención es que existe un mayor número de pacientes finadas procedentes de la parte norte del Distrito Federal.

Análisis de resultados

Con respecto a lo encontrado en el estudio se considera que la principal causa de muerte materna es la Hemorragia Obstétrica junto con la preeclampsia severa lo cual concuerda con lo descrito en el estudio de Briones y Cols. en donde una de las principales causas de muerte materna fueron las complicaciones Hipertensivas de la Gestación por lo cual, se hace un llamado a que personal de esta institución se capacite en la atención de las siguientes patologías que fueron encontradas en nuestras pacientes tales como, Estados Hipertensivos del Embarazo (5 pacientes), Choque Hipovolémico (5 pacientes), CID (4 pacientes), Síndrome de HELLP (4 pacientes), Placenta Previa(3 pacientes) y Atonía Uterina (3 pacientes), en lo mejor posible para poder enfrentar y resolver de la mejor manera las complicaciones de cada una de estas patologías mencionadas, ya que como podemos observar varias de estas pueden ser prevenibles si se tiene un mejor control durante el embarazo, sin embargo podemos observar que la gran mayoría de las pacientes atendidas no cuentan con una atención previa y se presentan de manera espontánea a ser atendidas.

En el estudio realizado por (Sheik 2006), en la cual menciona que la mitad de sus pacientes que presento hemorragia obstétrica, la causa provenía del puerperio postparto lo cual difiere a lo encontrado en nuestra investigación ya que solo una paciente de las 14, presento una vía de resolución vaginal.

Veloz-Martínez y cols. En su último quinquenio de investigación, la eclampsia también ocupo el primer lugar seguido por las cardiopatías e infecciones, pero la hemorragia se desplazó al cuarto lugar, resultados que difieren en los encontrados del presente estudio, debido a que en el centro hospitalario en donde se realizó el estudio, se integró el módulo de sangrados en donde luego de 5 años los médicos se habían vuelto expertos en la atención de pacientes con Hemorragia Obstétricas.

En lo referente a los tratamientos realizados se encontró que en los estudios de (Zamzami T. 2003), (Sheik I 2006) se realizaron cirugías conservadoras en el

transcurso de la atención como lo son, las suturas de compresión en un 50%, cirugía que en ninguna de nuestras pacientes se realizó.

Con respecto a los años de las pacientes en el estudio realizado por (Eduardo Malvino 2009) ubica como factor de riesgo para hemorragia obstétrica, la edad de 35 años, lo cual no concuerda con nuestra investigación en la cual se encontró que la edad de los 30 años es la de más alto riesgo para hemorragia obstétrica.

Con respecto al mes de gestación en los estudios realizados por (Agudelo y Belizan) se encontró un 70% de riesgos si se trata de un embarazo del tercer trimestre lo cual concuerda con los datos obtenidos de nuestras pacientes.

Por otra parte se encontró que la mayoría de los estudios publicados incluían el tratamiento basado en radiología intervencionista, a lo cual concluyen que se tiene una mejoría de la hemorragia obstétrica en un 91.1% de los casos, lo cual sería de gran importancia el poder implementar ese tipo de tratamiento en nuestra institución.

Conclusiones

La muerte materna es un problema de salud pública la cual puede ser prevenible en la mayoría de los casos, por lo que es necesario apegarse a las normas establecidas para su diagnóstico y tratamiento oportuno, así mismo realizar una revisión periódica de los casos, del mismo centro hospitalario para identificar las deficiencias en las rutas críticas o procesos, para priorizar las atenciones y tipos de pacientes que puedan presentar una catástrofe obstétrica y así disminuir y evitar las muertes maternas como lo proyectado en las Metas del Desarrollo Milenio.

Se hace un llamado a los directivos, para que se realice mayor vigilancia en el adiestramiento del personal médico y de enfermería para poder establecer una mejor atención en cuanto a la identificación, manejo y resolución de las patologías (Preeclampsia Severa, Choque Hipovolémico, CID, Síndrome de HELLP, Placenta Previa y Atonía Uterina) ya que estuvieron vinculadas en el desenlace la muerte materna.

Bibliografía

1. Diagnóstico y tratamiento en la segunda mitad del embarazo y del puerperio inmediato, México: Secretaria de Salud; 2009
2. SOGC Clinical Practice Guideline, Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage No. 235 October 2009
3. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, lineamiento técnico, 2010
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage, No. 52 may 2009
5. Mousa HA, Alfirevic Z, The Cochrane Collaboration, Treatment for Primary Postpartum Haemorrhage (review) 2009
6. WHO Guidelines for the Management of Postpartum Haemorrhage and Retained Placenta. 2009
7. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. Lineamiento técnico 2007
8. Guías para la atención de las principales Emergencias Obstétricas, Fescina R. De Mucio B. Ortiz El. Jarkin D. 2012
9. Protocolo para tratamiento y prevención de las hemorragias obstétricas graves, Marcelo Martínez
10. Mortalidad materna debido a hemorragia obstétrica, recopilaciones, Eduardo Malvino 2009
11. Zanzami T. Maternal and perinatal outcome of massive postpartum hemorrhage: review of 33 cases Ann Saudi Assoc 2003
12. Sheik L, Zuberi N, Raiz R, Rizvi J. Massive primary postpartum haemorrhage Setting up standards of care, J Pak Med 2006
13. Malvino E, Eisele G, Martínez M, Lowenstein R, Hemorragias Obstétricas Exanguinantes. Clínica e investigación en Obstetricia y Ginecología (Barcelona) 2009
14. Sosa C, Althabe F, Belizan J, Buekens P, Risk factors for postpartum hemorrhage in Vaginal deliveries in a Latin-American population 2009

15. Conde Agudelo A, Belizan J, Lammers C Maternal.perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America 2005
16. Visión general de la hemorragia postparto. Uptodate marzo del 2012