

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Biomédicas
Hospital de la Mujer Cd. Juárez, Chih.

TITULO

Factores de riesgo para hemorragia obstétrica en pacientes
del Hospital de la Mujer de Cd. Juárez. En el año 2013

Presenta:

Dra. Paola Margarita Camacho Torres
Residente de 4to año de Ginecología y Obstetricia

Asesor:

Dra. Beatriz Araceli Díaz Torres

Co-asesor:

Dr. Marco Antonio Guzmán

Fecha: Febrero 2015

Tabla de Contenido

1.INTRODUCCION	4
2.ANTECEDENTES	5
2.1 Definición	5
2.2 Epidemiologia.....	6
2.3 Factores de Riesgo	6
2.3.1 Hemorragia de la Primera Mitad del Embarazo	7
2.3.2 Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo	10
2.4 Hemorragia Puerperal.....	12
2.4.1 Causas Uterinas	12
2.4.2 Causas Extrauterinas.....	12
2.5 Tratamiento.....	13
2.5.1 Medidas Generales.....	13
2.5.2 Uso de Uterotonicos	13
2.5.3 Tratamiento Quirurgico	13
3.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4.JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	15
5. HIPOTESIS	16
5.1 Hipótesis Nula.....	16
5.2 Hipótesis Alternativa	16
6.OBJETIVOS	17

6.1	Objetivo General	17
6.2	Objetivo Específicos.....	17
7.	METODOLOGIA Y ANALISIS ESTADISTICO	18
7.1	Metodología	18
7.2	Análisis Estadístico	19
8.	RESULTADOS	20
8.1	Características generales.....	20
8.2	Características generales de las pacientes con y sin hemorragia obstétrica	20
8.3	Antecedentes personales no patológicos.....	23
8.4	Características propias del trabajo de parto	25
8.5	Causa de la hemorragia obstétrica	26
8.6	Manejo de la hemorragia obstétrica	27
8.7	Días de estancia intrahospitalaria	28
9.	DISCUSION.....	29
10.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	31
11.	BIBLIOGRAFIA.....	30
12.	ANEXO 1 / GLOSARIO.....	33
13.	ANEXO 2.....	37

1. INTRODUCCION

El embarazo constituye una etapa fisiológica de la mujer que implica una serie de drásticos cambios físicos, para lo cual, el cuerpo de la madre, debe estar en condiciones óptimas, tanto físicas, nutricionales, emocionales, sociales y económicas, en nuestro medio un alto porcentaje de los embarazos ocurren de forma accidental, y por consiguiente sin la adecuada preparación para el mismo y por diversos factores, con un deficiente e incluso inexistente control prenatal.

Independientemente de la forma en que se conciba un embarazo, es obligación de los servicios de salud, otorgar la atención médica de la mejor calidad, para llevarlo a término, obteniendo un recién nacido sano y una madre en condiciones de atenderlo.

En sí, el parto implica un impacto psicosocial importante para el binomio madre-hijo, tanto más, el hecho de no poder atender y alimentar de forma temprana al recién nacido por presentar alguna complicación obstétrica, representando un deterioro en la formación del vínculo materno y del inicio de la lactancia materna en el producto, provocando en la madre diversas complicaciones, tales como depresión, secuelas transitorias y/o permanentes, así como el impacto económico y psicológico para la familia y en el peor de los escenarios la muerte materna.

En cuanto al personal de salud, el que una paciente presente alguna complicación inmediata posparto, representa una verdadera urgencia, la cual tiene que atenderse de forma dinámica y multidisciplinaria, requiriendo una gran cantidad de insumos, conocimientos, experiencia y en la cual el más mínimo error o retraso en el tratamiento puede tener consecuencias mortales.

Al ser la hemorragia obstétrica la principal causa de muerte materna en México, es de vital importancia, conocer cuáles son los factores de riesgo asociados a esta condición, para poder prever, más que tratar y lograr disminuir así, la incidencia mediante el estudio retrospectivo de los casos presentados en nuestro hospital, siendo así más específico de nuestra población usuaria.

2. ANTECEDENTES

2.1 Definición

La hemorragia obstétrica es de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, por lo cual ha sido ampliamente estudiada, por diferentes escuelas de la obstetricia, obteniendo varias definiciones y clasificaciones.

En México, la definición de hemorragia obstétrica más aceptada, es la que dicta el lineamiento técnico, que la define como la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500 ml posparto o 1000 ml poscesárea proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos).

Se considera hemorragia masiva cuando la paciente requiere la reposición de 10 o más paquetes globulares para su manejo, en un periodo de 24 horas. (1)

Por otra parte el Instituto Mexicano del Seguro Social, amplía su definición a parámetros laboratoriales, siendo estos la disminución de la hemoglobina a razón de 3 gms y/o la disminución del hematocrito igual o mayor a 10%, aparte incluye el diagnóstico de Hemorragia Obstétrica Grave como pérdida sanguínea de origen obstétrico, con alguno de los siguientes criterios: pérdida de 25 % de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, cambios hemodinámicos o pérdida superior a los 150 mL/minuto. Definiéndola como primaria cuando se presenta en las primeras 24 horas y secundaria, si se presenta después de las primeras 24 horas y hasta 7 días después del evento obstétrico. (2)

La Organización Mundial de la Salud, mediante el estudio de publicaciones de 50 países, define a la hemorragia obstétrica, como la perdida sanguínea que provoca cambios fisiológicos en la mujer, amenazando la vida de la misma. (3)

2.2 Epidemiología

Cada año, mueren 530.000 mujeres en todo el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

Prácticamente, todas las muertes se producen en países de renta baja y media. Las hemorragias obstétricas constituyen la causa principal de mortalidad materna, la mayoría de las veces en el periodo posparto.

Aproximadamente 14 millones de madres desarrollan una hemorragia posparto cada año, lo que producirá la muerte a casi un 2% de ellas, con un intervalo medio del inicio al fallecimiento de 2 a 4 horas. La hemorragia obstétrica también es una causa importante de mortalidad en países de rentas altas, donde representa un 13% de las muertes maternas. (4)

2.3 Factores de Riesgo

Los principales factores de riesgo para hemorragia obstétrica, son diversos y dependen de las características étnicas, demográficas, culturales y nivel socioeconómico de la población estudiada.

Un estudio realizado en países latinoamericanos entre 2003 y 2005, indico que los factores de riesgo más fuertemente asociados fueron: placenta retenida (33,3%), embarazos múltiples (20,9%), macrosomía (18,6%), episiotomía (16,2%), y desgarros perineales (15,0%). (5)

Otro estudio realizado en países desarrollados, obtuvo resultados diferentes, siendo los principales factores de riesgo en estos países la atonía uterina (30%), placenta retenida (18%) y trauma (13,9%). El mismo estudio comprobó una asociación significativa de los factores demográficos (edad materna > 30 años y etnia asiática). El riesgo fue menor en mujeres pertenecientes a etnias Orientales, con una triplicación de los partos por cesárea y el doble de cesáreas electivas, en comparación con el parto vaginal. (6). En México no se han publicado estudios que, identifiquen posibles factores de riesgo en mujeres mexicanas.

La literatura internacional (1). señala como factores de riesgo para hemorragia obstétrica los siguientes:

- Obesidad
- Miomatosis uterina

- Cirugía uterina previa (cesárea, miomectomía)
- Anemia/desnutrición
- Antecedente de hemorragia en embarazo previo
- Edad menor de 16 años y mayor de 35 años
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Sobre distensión uterina (macrosomía, embarazo múltiple, polihidramnios)
- Corioamnioitis
- Trabajo de parto prolongado
- Periodo expulsivo prolongado, parto precipitado
- Aplicación de fórceps
- Episiotomía medio lateral
- Uso de útero-inhibidores (sulfato de magnesio)
- Útero-tónicos (uso excesivo de oxitocina)
- Inducción de trabajo de parto con dinoprostona o misoprostol.

2.3.1 Hemorragia de la Primera Mitad del Embarazo

Se define como el sangrado que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, en donde se incluye el aborto, embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional.

2.3.1.1 Aborto

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como: la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas. Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la semana 12 de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación.(7) El aborto puede ser espontáneo o inducido. Se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de

aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones, cuando se incluyen embarazos muy tempranos.

La mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y anomalías morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal.

Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas (50-60% de los casos); la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son monosomías X (cariotipo 45, X0); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas. (7)

Desde el punto de vista clínico, el aborto se clasifica de la siguiente forma:

a) Amenaza de aborto.

La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.

b) Aborto en Evolución

Se define como el cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento y dilatación cervical así como sangrado de origen uterino. Las membranas ovulares se encuentran íntegras.

c) Aborto Incompleto

El aborto incompleto se caracteriza por la expulsión parcial de o los productos de la concepción.

d) Aborto Inevitable.

Es una variante del aborto incompleto en donde se presenta la pérdida del líquido amniótico, las contracciones uterinas son más enérgicas, el cuello sufre borramiento y dilatación.

e) Aborto Completo

Se presenta cuando hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares. Desde el punto de vista clínico se identifica porque desaparece el dolor y el sangrado activo después de la expulsión de todo el producto de la concepción.

f) Aborto Recurrente

Es el término que se le da a la pérdida recurrente del embarazo en tres o más abortos espontáneos consecutivos.

2.3.1.2 Embarazo Ectópico

En el embarazo ectópico la implantación del cigoto ocurre en un sitio distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina. Este tipo de embarazo sucede con mayor frecuencia en la porción ampular de las trompas de Falopio. (8)

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar un embarazo ectópico se encuentran cirugía tubaricas, enfermedad pélvica inflamatoria crónica, uso de dispositivo intrauterino, intervención quirúrgica previa, antecedentes de aborto inducido.

El cuadro clínico del embarazo ectópico se manifiesta con dolor en la fosa iliaca o hipogástrico, sangrado trasvaginal anormal, dolor vagina al tacto, tenesmo vaginal o rectal.

El dolor súbito intenso, la hipotensión, palidez, dolor en el hombro o estado de choque indican rotura tubaria y subsiguiente hemoperitoneo.

El tratamiento puede ser médico en las etapas tempranas del embarazo ectópico, utilizando el metotrexate, sin embargo la mayoría de las veces requiere tratamiento quirúrgico con la pérdida del anexo.

2.3.1.3 Enfermedad Trofoblastica Gestacional

La enfermedad trofoblastica gestacional, es el conjunto de procesos benignos y malignos, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta. Se presenta en 1 de cada 2000 embarazos.

Incluye la mola hidatiforme completa, la mola parcial, ambas de carácter benigno pero con potencial de malignidad a coriocarcinoma, y tumor del sitio placentario. Se caracteriza por una hipersecreción de gonadotrofina corionica humana, que a su vez constituye un marcador de malignidad y persistencia de la enfermedad, se manifiesta con sangrado intermitente durante la primera mitad del embarazo, con desproporción en el tamaño uterino con el tiempo de gestación, aumento en los síntomas propios del embarazo, imagen patognomónica de copos de nieve en ultrasonido.

Debe ser tratada en cuanto se diagnostica de preferencia con evacuación por aspiración y debe de llevar un seguimiento estrecho con cuantificaciones seriadas de gonadotrofina por lo menos un año después de la resolución del embarazo. (9)

2.3.2 Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo

Se define como el sangrado que se presenta después de la semana 20 de gestación, en donde se incluye placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y la rotura uterina

2.3.2.1 Placenta Previa

La placenta previa se produce cuando la placenta está total o parcialmente implantada en el segmento uterino inferior. Tiene una prevalencia del 0.6%, con una alta morbilidad tanto materna como fetal. Se asocia con edad materna avanzada, multiparidad, abortos involuntarios, cesárea previa y tabaquismo.

Se clasifica como completa, cuando la placenta cubre el orificio cervical interno y parcial cuando la placenta cubre parcialmente el orificio cervical, marginal cuando el borde inferior de la placenta apenas alcanza el orificio, y bajas cuando la placenta está en el segmento más bajo, pero no alcanza el orificio cervical interno.

Se manifiesta con un sangrado rojo rutilante abundante, que de no ser atendido a la brevedad, produce cambios hemodinámicos y pone en riesgo el bienestar fetal. (10)

2.3.2.2 Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta

Se define como la separación completa o parcia de la placenta antes del parto. Se presenta con una incidencia del 1%, su etiología no ha sido bien establecida, pero se asocia con edad materna avanzada, multiparidad, tabaquismo, hipertensión, trastornos trombofilicos, trauma abdominal, polihidramnios, corioamnioitis.

Se manifiesta con hipertonia uterina, con presencia de sangrado oscuro, y en ocasiones es un sangrado oculto que se infiltra en el miometrio, presentando alta mortalidad fetal. (11)

2.3.2.3 Rotura Uterina

La rotura uterina es una entidad rara, con una incidencia de 0.07% pero la mayoría de las ocasiones catastrófica, por la alta mortalidad que representa hasta del 50%. Se da por dehiscencia de la cicatriz uterina previa o del novo. Se asocia con un sangrado profuso y evidente sufrimiento fetal. Los factores de riesgo para rotura uterina son más de una cicatriz uterina previa, estimulación excesiva con oxitocina, multiparidad, macrosomia, presentaciones transversas, sin embargo el 80% de las roturas uterinas son espontáneas y sin ninguna explicación.

Se manifiesta clínicamente con dolor abdominal severo, referido al hombro, y rápido deterioro del estado hemodinámico, y del bienestar fetal. (12)

2.4 Hemorragia Puerperal

Es el sangrado que se presenta, inmediatamente después del alumbramiento y durante todo el puerperio, existen causas uterinas y extrauterinas.

2.4.1 Causas Uterinas

La atonía-hipotonía uterina es la causa más frecuente, representando el 70% de las causas, dentro de la bibliografía revisada, es cuando el útero no se contrae después del alumbramiento, originando una pérdida sanguínea anormal. Sus

factores de riesgo son la sobredistensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal; el agotamiento muscular por parto prolongado, parto precipitado, multiparidad y corioamnionitis por rotura prematura de membranas.

La segunda causa en frecuencia es la retención de restos placentarios y/o coágulos lo cual puede deberse a una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como se da en la placenta acreta, increta, percreta. El acretismo placentario es poco frecuente, aunque en los últimos años ha aumentado su incidencia, por el incremento en el índice de cesáreas. (13)

2.4.2 Causas Extrauterinas

Dentro de las causas extrauterinas de hemorragia puerperal, las principales son los desgarros perineales, los cuales de acuerdo a su extensión anatómica, se dividen en 4 grados, siendo el primer grado cuando involucra, solamente la mucosa vaginal y el grado 4, lesión del esfínter anal, incluyendo la mucosa rectal, con el correspondiente daño a los músculos del piso pélvico, los cuales desarrollan una hemorragia que puede llegar a ser tan importante que compromete la vida de la paciente. (14)

2.5 Tratamiento

El tratamiento de la hemorragia obstétrica, es muy específico dependiendo de la etiología que la provoque, sin embargo para todos los casos, aplica un manejo general el cual consiste en lo siguiente:

2.5.1 Medidas Generales

De inmediato colocar dos accesos venosos calibre 14 o 16, de ser posible, con previa toma de muestra sanguínea para exanimación y cruce de paquetes globulares. Iniciar de inmediato la reposición de líquidos con soluciones cristaloides, coloides y derivados hemáticos, si la paciente continúa embarazada dependiendo de la viabilidad del feto, se valorara la interrupción inmediata por vía abdominal. (15)

2.5.2 Uso de Uterotonicos

Los agentes uterotonicos, son los de primera línea en el tratamiento de la hemorragia obstétrica: Oxitocina, Ergometrina, Carbetocina, Misoprostol.

2.5.3 Tratamiento Quirúrgico

Cuando los uterotonicos fallan, se debe realizar laparotomía exploradora, para realizar ya sea una cirugía conservadora (desarterialización escalonada del útero, ligadura de arterias hipogástricas, B-Lynch) o una cirugía radical (histerectomía total). (15)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS considera que cada año mueren alrededor de 530.000 mujeres en todo el mundo, por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

En México, la hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la segunda causa de muerte materna y el origen de secuelas orgánicas irreversibles, sólo superada por la preeclampsia-eclampsia.

En el contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más frecuente, ocurre en el 75% de los casos de puerperios patológicos. La incidencia de esta complicación en nuestro país es de 2-6% de todos los nacimientos. (16) Los estados con la tasa más alta son Michoacán con 57.9, Oaxaca con 61.3, Campeche con 63.1, Chihuahua con 67.7 y Guerrero con 90, todos por cada 100,000 nacidos vivos. Siendo el municipio de Cd. Juárez el segundo lugar en la entidad. (17)

De ahí la importancia de identificar los factores de riesgo que predisponen a nuestra población, a ocupar estos lugares estadísticos, con el fin de corregirlos y disminuir la incidencia y todo lo que conlleva, así como de establecer un manejo institucional, para optimizar los recurso y brindar una mejor atención a la paciente.

4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Los recursos con los que cuenta el hospital tanto materiales como en infraestructura, dificulta el manejo integral de la paciente con hemorragia obstétrica, por lo que al presentarse la complicación, en ocasiones no se cuenta con todos los medicamentos necesarios e incluso con la disponibilidad de paquetes globulares para lograr la reposición de la pérdida hemática, sin embargo la resolución de estos factores queda fuera de nuestro alcance, por lo que la prevención de la hemorragia obstétrica debe ocupar un lugar prioritario en las actividades del personal de salubridad en todos los niveles de salud.

Así como también establecer un lineamiento para el manejo del cuadro agudo, que se adapte a nuestras pacientes y a los recursos hospitalarios con los que se cuenta.

5. HIPOTESIS

5.1 Hipótesis Nula

Las mujeres atendidas en el hospital de la mujer, con diagnóstico de hemorragia obstétrica, presentan factores de riesgo específicos para el desarrollo de la misma, diferentes al menos en orden de importancia a los documentados en la bibliografía nacional e internacional.

5.2 Hipótesis Alterna

Las mujeres atendidas en el hospital de la mujer, con diagnóstico de hemorragia obstétrica, NO presentan factores de riesgo específicos para el desarrollo de la misma, diferentes a los documentados en la bibliografía nacional e internacional.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Identificar los factores de riesgo para la hemorragia obstétrica en las usuarias del Hospital de la Mujer de Cd. Juárez que acudieron en el periodo del 1º de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2013.

6.2 Objetivo Específicos

1. Conocer la incidencia de hemorragia obstétrica en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez en el año 2013
2. Describir las características generales de las usuarias obstétricas del Hospital de la Mujer
3. Describir las características generales de las usuarias obstétricas que desarrollaron hemorragia obstétrica en el Hospital de la Mujer.
4. Identificar los factores de riesgo para hemorragia obstétrica.
5. Identificar las comorbilidades de las pacientes con hemorragia obstétrica
6. Describir el manejo de la hemorragia obstétrica en el Hospital de la Mujer y evaluar el resultado.

7. METODOLOGIA Y ANALISIS ESTADISTICO

7.1 Metodología

Se realizará un estudio de casos y controles, observacional, analítico, en pacientes hospitalizadas para atención de embarazo en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez, Chihuahua, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2013

Se incluirán a todas las pacientes con diagnóstico de hemorragia obstétrica, excluyendo el diagnóstico de embarazo ectópico, y se formaran 2 grupos, el grupo control que serán aquellas pacientes que no desarrollaron hemorragia obstétrica en proporción 2:1, pareando por evento obstétrico (parto, cesárea) y el grupo estudio, conformado por pacientes con diagnóstico de hemorragia obstétrica diagnosticada por criterios laboratoriales.

La información se recabará directamente del expediente clínico a un formato previamente desarrollado para tal fin y en el cual se incluirá: datos generales de la paciente, tales como edad, IMC, Antecedentes ginecoobstetricos (gesta, partos, abortos, cesáreas) datos relevantes sobre el control prenatal, que se traducirá en número de consultas por trimestres, complicaciones durante la gestación, como estados hipertensivos y diabetes gestacional, vía de resolución del embarazo, sangrado estimado, disminución de la Hemoglobina y el Hematocrito, manejo del trabajo de parto, que se valorara, con horas en inducción y en conducción, partiendo de la dilatación cervical al ingreso, tratamiento de la hemorragia, uso de uterotonicos y prostaglandinas, así como necesidad de paquetes globulares y traslados, y días de estancia intrahospitalaria.

La información será capturada en una base elaborada en el programa Excel de Word 2007, en la cual se harán los cruces básicos para poder identificar cualquier posible error de la captura.

El presente estudio se expuso ante los Comités de ética del Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez y de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez previo a la recolección de la información fue evaluado y autorizado para su realización. Se

garantizo la confidencialidad del participante, asignándole un número secuencial y manejando únicamente las iniciales de sus apellidos.

Las limitaciones de este estudio, debido a que la información se extrajo directamente del expediente clínico, son aquellas secundarias a la falta de registro de información requerida

7.2 Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico la variable de hemorragia obstétrica fue considerada como la variable independiente. Se utilizó un programa predeterminado para el análisis estadístico de la información.

Se obtuvieron frecuencias, media y desviación estándar cuando fue apropiado, las posibles diferencias entre variables fueron evaluadas utilizando t-student y chi-cuadrada según fue lo indicado.

Los factores de riesgo fueron evaluados con la obtención de OR con regresión logística uni y multivariada.

Los resultados se presentan en tablas de frecuencias, tablas con valores de OR, intervalos de confianza y valores de p, la cual se considerará significativa si es <0.05 .

8. RESULTADOS

En el periodo de estudio, en el Hospital de la Mujer de Cd. Juárez, se registraron 4295 nacimientos de los cuales, 3225 (75%) fueron parto vaginal, 1070 parto por operación cesárea (24.9%). Así como 1876 abortos.

Se registraron un total de 95 casos de hemorragia obstétrica, que representa el 1.9 % del total de los nacimientos, de estos casos 63 (63.3%) fueron posparto, 20 (21.1%) pos cesárea.

Los otros 12 casos (12.6%) fueron posaborto, estos últimos no se incluyeron dentro de los factores de riesgo estudiados, ya que mayoría, ya presentaban la hemorragia obstétrica a su ingreso, sin intervención medica

8.1 Características Generales

La edad media de las participantes fue 23.5 años (DE 5.6), con un IMC medio de 28.7 (DE 5.6); la media de gestas fue 2.4 (DE 1.6), solo 2 gemelares (0.7%), el 34.7 % de las mujeres eran primigestas, 27% secundigestas y 38.3% multigestas. De las pacientes cuyo evento obstétrico fue parto, 53 % eran nulíparas, 22.8% tenían un parto previo, y el resto eran multíparas. De las pacientes de cesárea, 78.3% no habían tenido previamente una cesárea y solo una paciente (0.4%) tenía 3 cesáreas previas. En cuanto al evento de aborto el 87% presentaba por primera vez una pérdida del embarazo. Las semanas de gestación media fueron 39 (DE 2.6); en cuanto al control prenatal, hubo pacientes con ninguna consulta durante el primero, segundo y tercer trimestre sin embargo la mayoría presento un adecuado control prenatal de acuerdo a la norma oficial mexicana (18). (Tabla 1).

8.2 Características generales de las pacientes con hemorragia y sin hemorragia obstétrica

De las participantes en el estudio, se vio que las que presentaron hemorragia obstétrica eran más jóvenes que las pacientes del grupo control, sin embargo la diferencia de edad no fue estadísticamente significativa, 22.8 años (DE 6.7) vs. 23.9 años (DE 6.8), con una $p = 0.169$, de igual manera, las pacientes con hemorragia obstétrica tenían mayor IMC, 29.3 (DE 5.9) vs. 28.4 (DE 5.4) con un valor de $p = 0.173$.

También se vio una diferencia entre la paridad de las pacientes, siendo más frecuente en las pacientes que presentaban su primer embarazo, ya que el 42.1% de las pacientes que presentaron hemorragia obstétrica eran primigestas vs. 31.1% del grupo control, con una $p = 0.65$, dentro de las pacientes con hemorragia obstétrica cuyo evento obstétrico fue el parto, 55.8 % eran nulíparas vs. 51.6% de las pacientes del grupo sin hemorragia, mientras que del grupo con hemorragia solo 4.4% tenía más de 5 partos y 2.6% en el grupo control con una $p = 0.817$.

El mismo fenómeno se repite en las pacientes cuyo evento obstétrico fue la cesárea, ya que de las pacientes que presentaron hemorragia por cesárea el 81.1% era su primer evento quirúrgico vs. 76.8% del grupo control con una $p = 0.62$; no siendo esto estadísticamente significativo.

Tampoco hubo diferencia significativa en cuanto a las semanas de gestación ya que la interrupción del embarazo se dio a las 38.5 semanas (DE 3.5) en el grupo de hemorragia obstétrica y a las 39.2 semanas (DE 2.3) en el grupo control con una $p = 0.341$.

La falta de un control prenatal adecuado, parece estar más relacionado con el desarrollo de hemorragia obstétrica, ya que de las pacientes que presentaron hemorragia, 39.8 % no presento ninguna consulta en el primer trimestre vs. 30.2 % del grupo sin hemorragia $p = 0.341$, mientras que el grupo de hemorragia solo el 0.96% no llevo ninguna consulta en el tercer trimestre vs. 5.4% del grupo control con una $p = 0.83$. (Tabla 2).

Tabla 1
Características generales de las pacientes
Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013

Variable	n	%	Media (DE)	Rango
Evento obstétrico				
Parto	189	63.3		
Cesárea	60	21.1		
Aborto	36	12.6		
Edad	285	100	23.5 (6.8)	14 - 44
IMC	285	100	28.7 (5.6)	17 - 48.6
Gestas				
1	99	34.7		
2	77	27		
3	53	18.6	2.4 (1.6)	1 - 9
4	31	10.9		
≥5	25	9		
Para				
0	151	53.0		
1	65	22.8		
2	31	10.9	1 (1.4)	1 - 8
3	23	8.1		
≥4	15	5.3		
Cesárea				
0	223	78.3		
1	43	15.1	0.3 (0.6)	1 - 3
2	18	6.3		
3	1	0.4		
Aborto				
0	248	87		
1	32	11.2	0.2 (0.5)	1 - 4
≥2	5	1.9		
SDG	190	100	39 (2.6)	22 - 42.3
Control Prenatal				
1er Trimestre			2.6 (1.4)	0 - 3
2do Trimestre			2.3 (1.2)	0 - 6
3er Trimestre			2.4 (1.6)	0 - 6
Fuente: Expedientes clínicos				

Tabla 2
Características generales de las pacientes con y sin hemorragia obstétrica
Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013

n =	Con hemorragia		Sin hemorragia		
	95		190		
Variable	%	Media (DE)	%	Media (DE)	P
Edad	100	22.8 (6.7)	100	23.9 (6.8)	0.169
IMC	100	29.3 (5.9)	100	28.4 (5.4)	0.173
GESTA					
1	42.1		31.1		0.650
2	24.2		28.4		
3	14.7		20.5		
4	9.5		11.6		
≥5	9.6		8.4		
Para					
0	55.8		51.6		0.817
1	25.3		21.6		
2	5.3		13.7		
3	7.4		8.4		
≥4	6.4		4.7		
Cesárea					
0	81.1		76.8		0.622
1	12.6		16.3		
2	5.3		6.8		
3	1.1		0.0		
Aborto					
0	88.4		86.3		0.5
1	9.5		12.1		
≥2	2.2		1.6		
SDG	100	38.5 (3.5)	100	39.2 (2.3)	0.341
Control Prenatal					
1er Trimestre	39.8		47.6		0.232
2do Trimestre	16.9		25.9		0.472
3er Trimestre	34.9		39.8		0.830

Fuente: Expedientes clínicos

8.3 Antecedentes personales no patológicos

De las pacientes incluidas en el estudio el 47 (16.5 %) presento algún estado hipertensivo, y 8 (2.8 %) algún tipo de diabetes. (Tabla 3). Solo una de las pacientes tenía trombocitopenia idiopática como enfermedad concomitante al embarazo.

Tabla 3 Enfermedades concomitantes al embarazo Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013		
Variable	n	%
Estados hipertensivos	47	16.5
Hipertensión gestacional	22	46.8
Preeclampsia leve	2	4.2
Preeclampsia severa	18	38.3
Hipertensión crónica	3	6.4
Síndrome de Hellp	1	2.1
Eclampsia	1	2.1
Diabetes	8	2.8
Diabetes gestacional	5	62.5
Diabetes tipo 1	2	25
Diabetes tipo 2	1	12.5
Fuente: Expediente Clínico		

En las pacientes que presentaron algún estado hipertensivo del embarazo, fue menos la incidencia de hemorragia obstétrica ya que fueron 21 vs 26 del grupo control, con una $p=0.282$; De las 7 pacientes que tenían algún tipo de diabetes, 3 (2.4%) presentaron hemorragia obstétrica vs 4 (3.6%) pacientes que no presentaron hemorragia con una $p= 0.05$ (tabla 4). Manifestándose entonces la Diabetes tipo 1, como un factor de riesgo para desarrollar hemorragia obstétrica.

Tabla 4			
Enfermedades concomitantes al embarazo en las pacientes con y sin hemorragia obstétrica			
Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013			
	Sin hemorragia	Con hemorragia	
Variable	n (%)	n (%)	*p
Estados hipertensivos	21 (100)	26 (100)	
Hipertensión Gestacional	11 (52.4)	11(42.3)	
Preeclampsia leve	1 (4.8)	0.0	
Preeclampsia severa	8(33.3)	11(42.3)	0.282
Hipertensión crónica	0.0	4(3.9)	
Síndrome de Hellp	1(4.8)	0.0	
Eclampsia	1(4.8)	0.0	
Diabetes	n (%)	n (%)	
Diabetes Gestacional	1 (33.3)	1 (33.3)	
Diabetes tipo 1	0(0)	2(66.7)	0.053
Diabetes tipo 2	2(66.7)	0(0)	
* <i>ttest</i>			

8.4 Características propias del trabajo de parto:

En cuanto a las características del trabajo de parto, no se encontró diferencia estadística en el peso del producto siendo la media en el grupo control de 2764 gms vs 2866.4 gms, con un valor de $p= 0.5$, se vio que a mayor tiempo de inducción del trabajo de parto mayor era la posibilidad de presentar una hemorragia obstétrica, 1.6 horas vs 0.7 horas; sin embargo no fue estadísticamente significativo con una $p= 0.04$; ocurriendo un fenómeno similar en cuanto a las horas de conducción (Tabla 5).

Tabla 5
Características propias del trabajo de parto, de las pacientes
con y sin hemorragia obstétrica
Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013

Variable	Con hemorragia Media (DE)	Sin hemorragia Media (DE)	<i>p</i>
Peso del Producto (gms)	2866.4 (1244.7)	2764.7(1187.0)	0.5
Dilatación al ingreso (cms)	3.9 (3.1)	4.3 (3.5)	0.357
Horas en inducción	1.6 (4.1)	0.7 (2.8)	0.04
Horas en conducción	2.1 (2.4)	1.7 (1.98)	0.122
Descenso de Hg (g/dl)	4.1 (1.0)	1.13 (0.63)	0.00001
Descenso de Hto (%)	12.5 (3.5)	3.6 (2.0)	0.00001
<i>ttest</i>			

8.5 Causa de la hemorragia obstétrica.

La principal causa de la hemorragia obstétrica, fue la hipotonía uterina cuando el evento obstétrico atendido fue un parto (55.6%), seguida de hematoma vaginal (20.6%) y desgarro vaginal (7.4%); mientras que la hemorragia obstétrica en cesárea la principal causa fue errores en la técnica quirúrgica, la cual se presentó en 11 pacientes (55%), seguido de hipotonía uterina (20%), y 2 casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (10%). Las causas fueron muy diferentes entre parto y cesárea con una p : <0.00001. (Tabla 6).

Tabla 6 Causa de la hemorragia obstétrica por evento Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013			
Variable	Parto n (%)	Cesárea n (%)	*p
Hipotonía uterina	35 (55.6)	4(20)	<0.00001
Restos placentarios	3 (4.8)	1(5)	
Hematoma vaginal	13 (20.6)	0 (0)	
Técnica quirúrgica	0(0)	11(55)	
Desgarro vaginal	7 (7.4)	0 (0)	
Desgarro cervical	2 (3.2)	0 (0)	
DPPNI	2 (3.2)	2 (10)	
Hipotonía + Restos placentarios	1(1.6)	0 (0)	
Acretismo	1 (1.6)	1 (5)	
Deciduometritis	1 (1.6)	0 (0)	
Rotura uterina	0 (0)	1 (5)	

*X²

8.6 Manejo de la hemorragia obstétrica

Mientras que en el grupo control la mayoría de las pacientes solo requirió uso de oxitócina como profilaxis para la hemorragia obstétrica 32 (33.7%), en el grupo estudio 165 (86.8%) requirieron oxitocina como tratamiento, diferencia estadísticamente significativa en el usos de oxitocina entre los grupos con y sin hemorragia ($p=0.0001$); a ninguna paciente en el grupo control se le dio prostaglandinas, mientras que 11.9% del grupo con hemorragia obstétrica se le otorgo; 41% de las pacientes con hemorragia obstétrica requirieron algún tipo de intervención quirúrgica y solo 12.6% de las pacientes del grupo control ($p= 0.002$), así mismo de este grupo 46 pacientes requirieron al menos la transfusión de 1 paquete globular, no así en el grupo control donde no se transfundió a ninguna paciente. (Tabla 7)

Tabla 7
Manejo otorgado después del evento obstétrico a las pacientes
con y sin hemorragia obstétrica
Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013

Variable	Total n (%)	Con hemorragia n (%)	Sin hemorragia n (%)	*p
Oxitóxicos				
Ninguno	22 (7.7)	2 (2.1)	20 (10.5)	0.0001
Oxitocina	197 (69.1)	32 (33.7)	165 (86.8)	
Carbetocina	15 (5.3)	14 (14.7)	1 (0.5)	
Ergotrate	9 (3.2)	5 (5.3)	4 (2.1)	
Combinación	42 (14.7)	42 (44.2)	0 (0.0)	
Prostaglandinas				
Ninguno	251 (88.1)	61 (64.2)	190 (100)	0.002
Misoprostol	34 (11.9)	34 (35.8)		
Cirugía				
Ninguna	230(77.9)	54 (56.8)	166 (87.4)	0.025
Legrado uterino	41(13.8)	17(17.9)	24(12.6)	
Reparación desgarro	18(6.1)	18(18.9)	0(0)	
Cirugía uterina	2(0.67)	2(2.1)	0(0)	
Histerectomía obstétrica	4(1.3)	4(4.2)	0(0)	
Transfusión				
Ninguno	231 (81)	41 (43.2)	190 (100)	<0.0001
1 CE	25 (26.3)	25 (26.3)	0(0)	
2 CE	16 (16.8)	16 (16.8)	0(0)	
3CE	5(5.3)	5(5.3)	0(0)	
4 CE o mas	8 (8.4)	8 (8.4)	0(0)	
CE: Concentrado eritrocitario				
*X ²				

8.7 Días de estancia intrahospitalaria

Las paciente que presentaron un parto vaginal complicado con hemorragia obstétrica, duraron 2 días más hospitalizadas que las que no presentaron dicha complicación ($p= <0.00001$). El mismo fenómeno se presentó en las pacientes cuyo evento obstétrico fue cesárea (2.5 vs 4) $p= 0.00001$. (Tabla 8)

Tabla 8 Días de estancia hospitalaria en pacientes con y sin hemorragia obstétrica Hospital de la Mujer Cd. Juárez 2013					
Evento Obstétrico	Con Hemorragia		Sin Hemorragia		* <i>p</i>
	Media (DE)	IC 95%	Media (DE)	IC 95%	
Parto	3.1 (1.3)	2.8 - 3.4	1.23 (0.7)	1.1 - 1.4	<0.00001
Cesárea	4 (1.8)	3.1-4.9	2.5 (0.96)	2.2 - 2.8	0.00001
* χ^2					

9. DISCUSION

El presente trabajo de investigación es el primero que se realiza, de su tipo, en ciudad Juárez, sin embargo el estudio solo incluyó población de un centro hospitalario, de concentración y de atención a población abierta o derechohabiente del Seguro Popular en que se atiende al 65% de los nacimientos de la localidad, por lo que la población atendida es muy homogénea y de bajos recursos.

Los resultados de incidencia de hemorragia obstétrica en el Hospital de la Mujer de Cd. Juárez en el periodo de estudio, fue de 1.9 %, mientras que un estudio similar realizado en Colombia, en un periodo de reportó un porcentaje ajustado de 0.2% (19). Y otro estudio realizado en Argentina, con una duración de 22 años, reporta una incidencia ajustada de 0.36%. (20)

La edad media de las pacientes participantes en este estudio fue de 23.5 años, dato contrario a lo publicado en la literatura, que señala que las embarazadas añosas (mayor de 35 años) tienen un mayor riesgo para desarrollar hemorragia obstétrica (21). Esta diferencia podría deberse, a que dentro de las practicas del hospital en que se realizó el estudio, cuando se atiende a una paciente ≥ 35 años es considerada de alto riesgo, y su la vigilancia es más estrecha, no así con las pacientes adolescentes, que representan un alto porcentaje de la población usuaria.

También se observo en el presente estudio que las pacientes que presentaron hemorragia obstétrica tenían mayor IMC que las pacientes del grupo control, información que concuerda con lo ya publicado, en la que se relaciona la obesidad con mayor incidencia de hipotonía uterina, por no metabolizar de forma optima los medicamentos uterotonicos profilácticos, así como también con mayor riesgo de desgarros vaginales y la dificultad técnica que representa para su reparación (22).

Las pacientes primigestas fueron las que más hemorragia obstétrica presentaron, fenómeno que se documenta ampliamente en la literatura mas reciente, contrario a lo publicado en antes del 2000, en donde ser multigesta o "gran multigesta" era considerada un foco rojo para el desarrollo de hemorragia obstétrica,

convirtiéndose estas pacientes en de alto riesgo y tomando las medidas disponibles para prevenir la hemorragia obstétrica.(23)

La mayoría de la literatura, presenta los estados hipertensivos como un factor de riesgo para desarrollar hemorragia obstétrica, por la alta probabilidad de terminar el embarazo por vía abdominal, así como por el uso de medicamentos que contrarrestan a los uterotónicos como el sulfato de magnesio, utilizado como neuroprotector en la preeclampsia severa, sin embargo en el presente estudio, se mostro una menor incidencia de hemorragia obstétrica en las pacientes con algún estado hipertensivo que en las pacientes que no presentaban dicha condición (24).

La diabetes como enfermedad concomitante del embarazo, sí represento un factor de riesgo para desarrollo de hemorragia obstétrica, a pesar de ser bajo el número de casos incluidos en el estudio, esto se atribuye a todas las complicaciones que se asocian a la diabetes, como macrosomía, polihidramnios, mayor incidencia de placenta previa y abrupto placentae, partos preterminos, óbitos, y mal posiciones obstétricas

Todos los médicos del Hospital de la Mujer siguen un mismo protocolo para inducir y conducir los trabajos de parto, llevando a cabo la inducción con misoprostol a dosis de 50 – 100 mcg cada 6-8 horas, de acuerdo al índice de Bishop al ingreso de la paciente, si es ≤ 5 y cuando no presente cesáreas previas, o alguna indicación para cesárea o desembrazo a corto plazo, y la conducción se lleva a cabo con oxitocina con esquema de Parkland, cuando el índice de Bishop es >5 , y se encuentra en condiciones optimas para un parto vaginal, se vio que a mayor número de horas en inducción y conducción más incidencia se presento de hemorragia obstétrica, lo que coincide con la literatura y se atribuye al agotamiento de los sustratos necesarios para lograr la involución uterina después del parto. (25)

La principal causa de hemorragia obstétrica, cuanto el evento fue parto vaginal fue la hipotonía uterina, lo cual concuerda con lo previamente publicado, (24) es de llamar la atención que la segunda y tercera causa en los partos vaginales, fueron posible consecuencia de una errónea atención del parto y vigilancia en el puerperio inmediato: hematoma y desgarro vaginal.

Cuando el evento obstétrico fue la cesárea, la técnica quirúrgica fue responsable del 55% de las causas de hemorragia obstétrica.

10. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

Los factores de riesgo para hemorragia obstétrica, de las mujeres usuarias del Hospital de la Mujer de ciudad Juárez, no difieren en cuanto a las características generales, de lo descrito en la literatura disponible, ya que se presentó mayor incidencia en mujeres con mayor IMC, primigestas, en embarazos complicados con diabetes ($p= 0.53$), largos periodos de inducción y conducción del trabajo de parto; se observó que contrario a lo publicado, la hemorragia obstétrica se presentó más en mujeres jóvenes y fue menos común en embarazadas que presentaban algún estado hipertensivo concomitante, esto último atribuible, a que las embarazadas mayores y los estados hipertensivos del embarazo son considerados de alto riesgo y se les otorga vigilancia estrecha, sobre todo preventiva. Un fenómeno altamente preocupante es que las principales causas de hemorragia obstétrica tanto por parto vaginal como por operación cesárea, se debió a errores en la atención de dichos eventos obstétricos, lo que incremento de forma significativa, la estancia intrahospitalaria de las pacientes, con todos los efectos económicos y sociales, que esto conlleva, lo cual se explica sin justificarse, por ser el Hospital de la Mujer, de enseñanza, en donde la mayoría de los procedimientos son realizados por médicos en formación, pero que puede y debe ser remediado, mediante un mayor apego del personal a cargo de dicha formación profesional, para disminuir todos los efectos negativos, que la hemorragia obstétrica implica.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico. 2009.
2. Arce R, Calderón E, Cruz P, et al. Guía de práctica clínica. Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo; RevMedInst Mex Seguro Soc 2012; 50 (6): 673-682 673
3. B-Lynch C, Keith L, Lalonde A, et al; Postpartum hemorrhage. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. 1a Edición. 2006 Sapiens Publishing.
4. World Maternal Antifibrinolytic Trial (Estudio Clínico Mundial de un Antifibrinolítico en la Maternidad); Reino Unido 2009.
5. Sosa C, Althabe F, Belizan J, et al. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries in a Latin-American Population. ObstetGynecol. 2009 June ; 113(6): 1313–1319
6. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. BJOG 2008; 115:1265–1272.
7. Ruiz A, Guías para manejo de urgencias. Capítulo 10 Aborto. 1ª edición. 906-911.
8. Molina A, Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo Ectópico, GinecolObstet Mex 2007; 75(9):539-48.
9. Huerta S, Díaz L, Mourlot Y. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Revisión Bibliográfica. morfvirtual2012.
10. Bahar A, Abusham A, Ekandar M. Et al. Risk Factors and Pregnancy Outcome in Different Types of Placenta Previa. J ObstetGynaecol Can 2009;31(2):126–131
11. Hossain N, Khan N, Seema S, Khan N. Abruptio placenta and adverse pregnancy outcome. 2010; 60 (6). 443-445.

12. Martínez P, Alessio L, Roca M. Rotura Uterina Espontanea: Reporte de dos casos. *CirCir* 2012;80:81-85
13. Ortiz A, Miño L, Ojeda P; et al. Hemorragia Puerperal. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2011; 16: 206
14. Protocolo: Lesiones Perineales de origen obstétrico. *Servei de Medicina Materno fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona*.
15. IMSS. Diagnostico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y Puerperio Inmediato. 2009; *Guía de Referencia Rápida*.
16. Posadas F. Uso de la carbetocina para prevenir la hemorragia obstétrica. *GinecolObstet Mex* 2011; 79(7):419-427.
17. Montalvo T. México Lejos de erradicar la mortalidad materna. *Animal Político*; 2013 <http://www.animalpolitico.com/2013/07/mexico-lejos-de-cumplir-la-meta-para-erradicar-la-mortalidad-materna/>
18. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
19. Rojas J., Cogollo M, Miranda J, et al. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2011;62:131-140
20. Malvino E, Morbilidad materna aguda severa y condiciones de gravedad de enfermas obstétricas al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. *MEDICINA INTENSIVA - 2014 - 31 N° 4*
21. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:449.e1-7.
22. Blomberg M, Obesity and Postpartum Hemorrhage *Obstet Gynecol* 2011;118:561–8
23. Dres. I Al-Zirqi, S Vangen, L Forsen, B; *BJOG* 2008;115:1265–1272.

24. Kramer, M.S., Dahhou, M., Vallerand, D., Liston, R., and Joseph, K.S. Risk factors for postpartum hemorrhage: can we explain the recent temporal increase?. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011; 33: 810–819.
25. Sheldon WR, Blum, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu M., Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health *BJOG* 2014; 121:5-13
26. OMS 2012. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage).

12. ANEXO1 /GLOSARIO

- **B-Lynch.-** Es una forma de sutura de compresión utilizada en ginecología . Se utiliza para comprimir mecánicamente un útero atónico con grave hemorragia postparto, sin necesidad de cirugía pélvica preservando la fertilidad.
- **Control prenatal.-** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.
- **Corioamnionitis.-** Inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico.
- **Eclampsia.-** Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada. Estas convulsiones no tienen relación con una afección cerebral preexistente, sino con el aumento de la tensión arterial
- **Fórceps.-** es un instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal.
- **Hematocrito.-** Es un examen de sangre que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño.
- **Hemoglobina.-** Es una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno.

- **Hemoperitoneo.-** Presencia de sangre en el peritoneo
- **Hipotonía uterina.-** Es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.
- **Histerectomía.-** Es la cirugía para extirpar el útero de una mujer.
- **Macrosomia.-** El término es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso por arriba del normal, 4,000 gms
- **Membranas ovulares.-** compuestas por el amnios y le corion. Protegen al feto y al líquido amniótico de la invasión microbiana ascendente del tracto reproductivo
- **Miomatosis uterina.-** Son tumores no cancerosos (benignos) que crecen en el útero
- **Miomectomia.-** Se trata de una operación en la que se extraen los miomas del útero.
- **Misoprostol.-** es un análogo semisintético de la prostaglandina E₁ (PGE₁)
- **Monosomia.-** La pérdida de un cromosoma que da lugar a un complemento cromosómico $2n - 1$
- **Parto precipitado.-** El parto precipitado es aquel que dura menos de tres horas, desde la primera contracción del parto verdadero hasta el nacimiento del niño
- **Periodo expulsivo prolongado.-** El Período expulsivo es el segundo estadio del parto y comprende el intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación y el borramiento cervical completo, su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas,

pero esto es realmente variable. El expulsivo prolongado es cuando su duración sobrepasa en las nulíparas las 3 horas con epidural, y las 2 horas sin epidural; y en gestantes multíparas, su duración es mayor de 2 horas con epidural, y 1 hora sin epidural

- **Polihidramnios.-** es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca.
- **Poliploidia.-** Se define como el fenómeno por el cual se originan células, tejidos u organismos con tres o más juegos completos de cromosomas de la misma o distintas especies o con dos o más genomas de especies distintas.
- **Preeclampsia.-** Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria).
- **Trisomia.-** Es la existencia de un cromosoma extra en un organismo diploide
- **Trofoblasto.-** Es un grupo de células que forman la capa externa del blastocisto, que provee nutrientes al embrión y se desarrolla como parte importante de la placenta. Se forma durante la primera etapa del embarazo y son las primeras células que se diferencian del huevo fertilizado.

13. ANEXO2 /HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

#	INICIALES:	EDAD:	IMC:	G: P: C: A:	
DX INGRESO			# PRODUCTOS:		
CONSULTAS 1ER TRIMESTRE		CONSULTAS 2DO TRIMESTRE		CONSULTAS 3ER TRIMESTRE	
PATOLOGIAS ASOCIADAS AL EMBARAZO					
ESTADOS HIPERTENSIVO		DIABETES	OTRAS		
TRATAMIENTO		TRATAMIENTO	TRATAMIENTO		
PARTO		CESAREA	ABORTO		
PESO		PESO	PESO		
APGAR		APGAR			
TRABAJO DE PARTO					
DILATACION AL INGRESO		HORAS EN INDUCCION		HORAS EN CONDUCCION	
		MEDICAMENTO		MEDICAMENTO	
		DOSIS		DOSIS	
HEMORRAGIA OBSTETRICA POR:					
SANGRADO ESTIMADO		HG INICIAL	HG POSHO	HTO INICIAL	HTO POSHO
TRATAMIENTO Y DOSIS					
OXITOCINA:			TRASLADO:		
CARBETOCINA:			SI		
ERGOTRATE:			NO		
MISOPROSTOL:			DEIH		
CIRUGIA:					
TRANSFUSION:					
DX EGRESO					