



Original

Frecuencia de hemorragia obstétrica postparto en pacientes del Hospital Rural Coscomatepec Prospera

David Aragón Martínez^{a,*}, Francisco Javier Barrios Pineda^b, Daniela Ucha Franco^b, Iris de Jesús Alejandro Romero^b

^aJefe del Departamento de Enseñanza del Hospital Rural Prospera Coscomatepec. México. ^bUniversidad Cristóbal Colon. Veracruz. México.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de febrero de 2017

Aceptado el 2 de octubre de 2017

On-line el 31 de octubre de 2017

Palabras clave:

Hemorragia obstétrica

Factores de riesgo

Etiología

Abordaje médico

R E S U M E N

Objetivos. Determinar la frecuencia de la hemorragia posparto y poscesárea en el Hospital Rural Prospera Coscomatepec, Veracruz, México, durante el periodo Agosto 2015-Julio 2016; identificar los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia posparto y poscesárea; determinar las causas de la hemorragia posparto y poscesárea.

Material y métodos. Se realizó un estudio de investigación retrospectiva, transversal y descriptiva, donde se evaluaron 243 pacientes con hemorragia posparto en un lapso comprendido de julio del 2015 a Agosto del 2016 en el Hospital Rural Prospera Coscomatepec. El universo de trabajo estará constituido por todas las pacientes que ingresen a terminar su embarazo en la sala de labor y partos que presenten hemorragia posparto y poscesárea.

Resultados. Se reportaron 3.360 pacientes con partos vaginales y cesáreas en el periodo comprendido, de las que 243 presentaron hemorragia obstétrica sin complicaciones. En 39,92 % de las pacientes con hemorragia obstétrica se halló como principal factor de riesgo la multiparidad, no atribuible a otra comorbilidad. Como principal etiología se determinó la hipotonía uterina: un 58,61 % de las pacientes que presentaron hemorragia obstétrica.

Conclusiones. En el caso de la Institución donde se llevó a cabo la realización del presente estudio, una buena o mala calidad de control prenatal no se atribuyó a que aumentara la presencia de factores de riesgo para hemorragia obstétrica. Las pacientes recibieron su tratamiento médico adecuado de acuerdo a las normas, realizadas exitosamente sin ninguna complicación tanto materna como fetal. El grupo etario de las pacientes y su número de gestaciones no se relacionó con la presencia de hemorragia obstétrica. El propósito es disminuir la frecuencia de presentar hemorragia obstétrica, además de dotar a las instituciones de salud de los insumos, medicamentos y componentes sanguíneos necesarios para resolver las consecuencias de la complicación.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dany_uf05@hotmail.com (D. Ucha Franco).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.049>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Frequency of obstetric postpartum hemorrhage in patients of the Hospital Rural Coscomatepec Prospera

A B S T R A C T

Keywords
Obstetric haemorrhage
Risk factors
Etiology
Medical management

Objectives. To determine the frequency of postpartum and post-cesarean haemorrhage at Hospital Rural Prospera Coscomatepec, Veracruz, Mexico during the period August 2015 to July 2016, as well as to identify the risk factors that predispose to postpartum and post-cesarean haemorrhage and determine The causes of postpartum and post-cesarean haemorrhage.

Material and methods. A retrospective, cross-sectional and descriptive study was carried out which 243 patients with postpartum hemorrhage were evaluated from July 2015 to August 2016 at the Hospital Rural Prospera Coscomatepec. The universe of work will consist of all the patients who enter to finish their pregnancy in the labor room and deliveries that present postpartum and post-cesarean haemorrhage.

Results. A total of 3,360 patients with vaginal and cesarean deliveries were reported during the study period, of which 243 presented uncomplicated obstetric hemorrhage. 39.92% of patients with obstetric hemorrhage were found to be the main risk factor for multiparity, not attributable to other comorbidity. As the main etiology, uterine hypotonia was determined with 58.61% of the patients who presented obstetric hemorrhage.

Conclusions. In the case of the institution where the study was carried out, a good or poor quality of prenatal control was not attributed to an increase in the presence of risk factors for obstetric hemorrhage. The patients received their proper medical management according to the norms, performed successfully without any maternal or fetal complications. The age group of the patients and their number of gestations was not related to the presence of obstetric hemorrhage.

The purpose is to reduce the frequency of obstetric hemorrhage, as well as equip health institutions with the necessary drugs, drugs and blood components to resolve the consequences of the complication.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

En México la hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la segunda causa de muerte materna y es origen de secuelas orgánicas irreversibles, solo superadas por la preeclampsia y la eclampsia¹.

El estado de Veracruz ocupa en la actualidad el tercer lugar en muerte materna, que tiene su origen en 2 causas ampliamente estudiadas: la hipertensión arterial que complica el embarazo (preeclampsia-eclampsia) en 28,7 %, y la hemorragia obstétrica, especialmente la que ocurre en el posparto (24,2 %).

En todo el mundo la hemorragia posparto (HPP) se encuentra entre las primeras causas de mortalidad materna. Se estima que 303.000 mujeres mueren durante el embarazo, el parto y el puerperio. La gran mayoría (99 %) se produce en países de ingresos bajos y medianos².

Se define la hemorragia uterina puerperal como la pérdida sanguínea mayor de 500 ml después de un parto o más de 1.000 ml después de una cesárea; también, cuando se constata la caída del hematocrito en 10 puntos después del tercer estadio del parto o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea.

Estas dos definiciones han devenido en poco prácticas, porque habitualmente no se mide con exactitud el volumen real de pérdida sanguínea⁴.

Los cambios hemodinámicos y hematológicos que ocurren durante el embarazo, si bien proveen un efecto protector contra la pérdida sanguínea asociada durante el parto, pueden por otro lado alterar las manifestaciones clínicas usuales de choque hipovolémico.

Existen diferencias en el volumen sanguíneo de mujeres embarazadas y no embarazadas; en el primer grupo el volumen sanguíneo materno se incrementa de 1.000 a 2.000 cc. Las resistencias vasculares periféricas se encuentran disminuidas a causa de la relajación muscular relacionada con los cambios hormonales. Los cambios en los factores de la coagulación y en la cascada fibrinolítica dan como resultado un estado de hipercoagulabilidad⁸.

Se debe buscar la posible causa del sangrado y dar tratamiento específico una vez este se identifique, por lo cual se deben recordar las cuatro causas principales de la HPP resumidas en las cuatro T¹⁰:

- Tono (70 %): incluye la atonía o inercia uterina.
- Trauma (19 %): incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones del cuello y la vagina.
- Tejidos (10 %): incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal.
- Trombina (1 %): incluye coagulopatías congénitas o adquiridas¹².

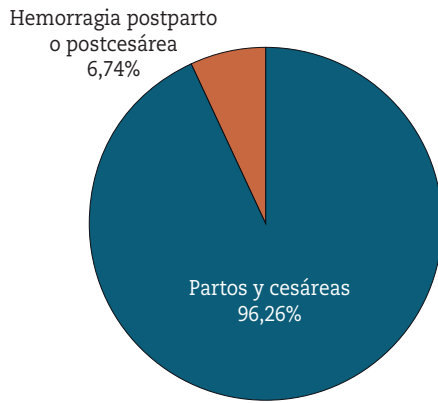


Figura 1 – Frecuencia de hemorragia postparto y postcesárea. (Fuente: Departamento de archivo clínico del Hospital Rural Prospera Coscomatepec).

Identificada una paciente con signos de choque secundario a HPP se debe iniciar el tratamiento de reanimación¹⁰.

Material y métodos

Estudio de investigación retrospectiva, transversal y descriptiva de las pacientes con HPP en un lapso comprendido de agosto del 2015 a julio del 2016 en el Hospital Rural Prospera Coscomatepec.

En él se incluyeron pacientes con puerperio inmediato complicado con hemorragia obstétrica e historia clínica completa.

Se excluyeron pacientes sin complicación de hemorragia obstétrica y sin historia clínica completa.

En la base de datos no se incluyó ninguna variable que pueda permitir la identificación de la paciente ni del médico que la atendió.

Al revisar el expediente clínico de estas pacientes se anotaron los datos correspondientes al tratamiento hasta su alta. El análisis de la información se realizó mediante el programa Excel.

Se analizó la población total mediante estadística descriptiva para conocer las características de la misma, incluyendo datos como edad, número de gestas, número de partos, presencia de control prenatal eficaz.

Factores de riesgo conocidos, semanas de gestación, tratamiento médico durante el evento y presencia de complicaciones hemorrágicas.

Se clasificó a los sujetos de la población en 2 grupos de acuerdo con la presencia o ausencia de complicaciones hemorrágicas en el puerperio inmediato. Dichos grupos se compararon en cuanto a factores de riesgo y tratamiento médico previo mediante la fórmula de “razón de momios” (odds ratio) para calcular la probabilidad de presentar o no dicho desenlace de acuerdo a cada uno de los factores de estudio.

Los resultados de factor de riesgo se compararon de acuerdo a análisis estadístico paramétrico con intervalo de confianza CI 0,95 para encontrar si dicha asociación es estadísticamente significativa.

Se actuó de acuerdo a la ley federal de salud, título segundo, de los aspectos éticos en las investigaciones en seres humanos,

Tabla 1 – Hemorragia postparto y postcesárea por grupos etarios.

Edad (años)	Pacientes	Porcentaje
< 15	3	1,23%
15-19	59	24,28%
20-24	66	27,16%
25-29	49	20,16%
30-34	43	17,70%
35-40	20	8,23%
> 41	3	1,23%
Total	243	100,00%

Fuente: Departamento de archivo clínico del Hospital Rural Prospera Coscomatepec.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

Se analizaron pacientes embarazadas durante el periodo comprendido de agosto 2015 a julio 2016, en los que se presentaron 3.360 partos vaginales y cesáreas. En 97,26 % no se presentaron complicaciones y solo en 6,74 % presentó hemorragia obstétrica (Fig. 1). Se reportaron 193 partos y 50 cesáreas con hemorragia obstétrica, con una media de 1.202 ml de sangrado, con una desviación estándar de 238,61.

De la población en estudio, 1,23 % pertenece al grupo etario menor de 15 años, 24,28 % al de 15-19 años, 27,16 % al de 20-24 años, 20,16 % al de 25-29 años, 17,70 % al de 30-34 años, 8,23 % al de 35-40 y 1,23 % al de más de 41 años. Se demuestra que la complicación de HPP y poscesárea es predominante en pacientes de 20-24 años (Tabla 1).

Tenemos 29 pacientes menores de 18 años y 23 menores de 35 años que presentaron hemorragia obstétrica. En relación con pacientes menores de 18 años y con más de 35 de acuerdo a las causas más comunes, se encontró una razón de momios de 2,56, que marca tendencia a la presencia de restos placentarios con una probabilidad de 0,71 de presentarse y un riesgo relativo de 2,42. De acuerdo con esto, se demuestra que aumenta la posibilidad de presentar restos placentarios en pacientes menores 18 años y menores de 35 años. La frecuencia de restos placentarios en pacientes menores de 18 años fue de 3,45 %, menor en comparación con pacientes mayores de 18 años y menores de 35 años (8,38 %).

En la relación de pacientes mayores de 35 años frente las menores de 35 años, y mayores de 18 años con las etiologías más comunes que se presentan en la hemorragia obstétrica, se encontró una razón de momios de 2,19, lo que marca una tendencia a la presencia de desgarro (vaginal/perineal y cervical), con una probabilidad de 0,68 de presentarse y un riesgo relativo de 1,98. De acuerdo a la razón de momios, dado que el resultado es de 2,19, demuestra que aumenta la posibilidad de presentar desgarro (vaginal/perineal y cervical) en pacientes mayores de 35 años y mayores de 18 años. La frecuencia de hipotonía en mayores de 35 años fue de 60,8 %, mayor en

Tabla 2 – Asociación de adolescentes < 18 años y pacientes > 35 años con la etiología de hemorragia obstétrica.

Causa de hemorragia obstétrica	Riesgo relativo de acuerdo a la edad < 8 años vs > 18 años y < 35 años vs > 35 años vs > 18 años y < 35 años											
	< 18 años			> 35 años			> 18 años y < 35 años					
	n	< 18 años y < 35 años frecuencia	> 35 años < 35 años (%)	< 18 años frecuencia	< 18 años (%)	> 35 años frecuencia	< 18 años vs > 18 años			> 35 años vs > 18 años y < 35 años		
						Razón de momios	Probabilidad	Riesgo relativo	Razón de momios	Probabilidad	Riesgo relativo	
Hipotonía	29	108	55,5	21	72,41	14	0,4956971	0,3314154	0,7808527	0,8364888	0,4554827	0,9289454
Restos placentarios	23	16	8,38	1	3,45	2	2,56	0,7191011	2,4293194	0,96	0,4897959	0,9633508
Atonía	191	33	17,28	3	10,34	6	1,8101266	0,64414441	1,6701571	0,5917722	0,3717694	0,6623037
Desgarro		33	17,28	6	20,69	2	0,8006329	0,4446397	0,8350185	2,193038	0,6868186	1,986911
Desprendimiento prematuro placenta		6	3,14	0	0	0	*	*	*	*	*	*
Retención placenta		5	2,62	1	3,45	1	0,75268817	0,42944785	0,7591623	0,5913978	0,3716216	0,6020942

Fuente: Departamento de archivo clínico del Hospital Rural Prospera Coscomatepec.

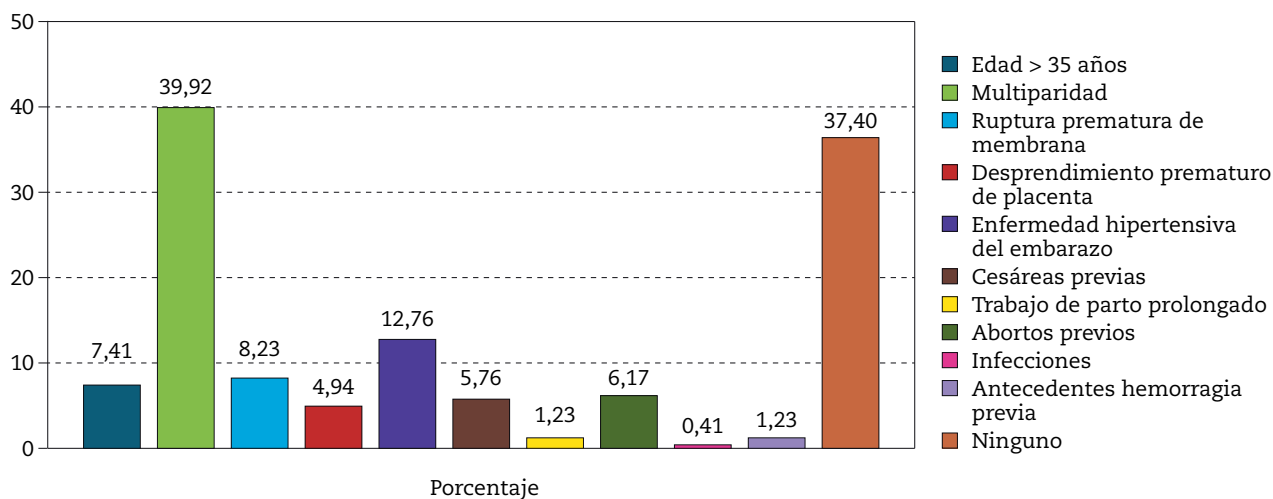


Figura 2 – Hemorragia postparto y postcesárea por factores de riesgo. (Fuente: Departamento de archivo clínico del Hospital Rural Prospera Coscomatepec).

comparación con pacientes mayores de 18 años y mayores de 35 años (55,5 %) (Tabla 2).

Se evaluó la relación de pacientes primigestas y multigestas con las causas más comunes que se presentan en la hemorragia obstétrica. Tenemos un total de 74 pacientes primigestas y 169 multigestas que presentaron hemorragia obstétrica durante el periodo de estudio. Se calculó una razón de momios de 1,58, lo que marca tendencia a la presencia de desgarro (vaginal/perineal y cervical) con una probabilidad de 0,61 de presentarse y un riesgo relativo de 1,46. De acuerdo a la razón de momios, dado que el resultado es 1,58, aumenta la posibilidad de presentar desgarro (vaginal/perineal y cervical) en pacientes primigestas frente a las multigestas.

La frecuencia de desgarro en primigestas fue de 21,62 %, mayor en comparación con la de las multigestas (14,79 %). La frecuencia de multigestas que presentan atonía (19,53 %) es mayor que la de las primigestas (12,16 %).

De la población en estudio 7,41 % de las pacientes presentaron como factor de riesgo tener más de 35 años, 39,92 % multiparidad, 8,23 % ruptura prematura de membranas (RPM), 4,94 % desprendimiento prematuro de placenta (DPP), 12,76 % enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), 5,76 % cesáreas previas, 1,23 % trabajo de parto prolongado (TPP), 6,17 % abortos previos, 0,41 % infecciones, 1,23 % antecedente de hemorragia obstétrica y 37,4 % ningún factor de riesgo. Se observa que la complicación de HPP y poscesárea es predominante en pacientes que presentan multiparidad como factor de riesgo (Fig. 2).

De la población en estudio, 58,61 % de las pacientes presentaron como etiología la hipotonía, 7,79 % presencia de restos placentarios, 17,21 % atonía, 16,8 % desgarro, 2,46 % DPP y 2,87 % retención de placenta. Se demuestra que la causa principal de HPP y poscesárea es la hipotonía (Tabla 3).

El 7,82 % de las pacientes estudiadas son tratadas con trasfusión de hemoderivados, 96,71 % con agentes uterotónicos y

Tabla 3 – Hemorragia obstétrica (postparto y postcesárea) por etiología.

Causas		
Etiología	Frecuencia	Porcentaje
Hipotonía	143	58,61
Restos placentarios	19	7,79
Atonía	42	17,21
Desgarro (cervical o perineal)	41	16,8
Desprendimiento prematuro de placenta	6	2,46
Retención de placenta	7	2,87

Fuente: Departamento de archivo clínico del Hospital Rural Prospera Coscomatepec.

14,75 % con cristaloides. Los uterotónicos fueron el tratamiento farmacológico más frecuente en pacientes con HPP.

En las pacientes con hemorragia obstétrica se empleó en 35,38 % la reparación de desgarro vaginal/cervical, en 12,31 % la histerectomía total abdominal (HTA), en 5,38 % la laparotomía exploratoria (LAPE), en 7,41 % el legrado hemostático, en 13,85 % la sutura compresiva, en 19,23 % y en 3,85 % el empaquetamiento. La reparación de desgarro vaginal/perineal/cervical fue el tratamiento quirúrgico más frecuente en pacientes con hemorragia obstétrica (Tabla 4).

Conclusiones

Se evaluaron 243 pacientes (193 partos vaginales y 50 cesáreas) que presentaron HPP y poscesárea de 3.360 partos atendidos en el Hospital Rural Prospera Coscomatepec durante el periodo de Agosto 2015-julio 2016. Constituye 6,74 % del total partos en comparación con el autor Sam Onong et al en su estudio en la comunidad de Uganda en 2016, que muestra un 9 % de la población de estudio con HPP².

Se confirmaron los casos de HPP por los análisis realizados de las historias clínicas archivadas. Representa menos de 10 % de la población derechohabiente en el hospital rural Prospera Coscomatepec, lo que implica que no es frecuente la hemorragia obstétrica según el universo de la población atendida.

Entre los factores de riesgo que más se relacionan con la HPP, la multiparidad fue el de mayor predominio, así como lo refiere Lugo Sánchez en su estudio del Hospital Gineco-Obstetricia de Guanabacoa en 2014⁴; no obstante, no es estadísticamente significativo que las pacientes con hemorragia obstétrica sean multíparas. Para profundizar en la problemática se requeriría un estudio más enfocado a este punto.

En este estudio la principal causa desencadenante de hemorragia obstétrica es la hipotonía, en comparación con el estudio de Bustillo U et al en el Hospital Escuela Universitario en Tegucigalpa en 2013, en el que refiere como principal causa de hemorragia obstétrica el trauma de canal de parto⁹.

En 96,71 % de la población la hemorragia obstétrica fue tratada con agentes uterotónicos. El 7,8 2% necesitó el uso de hemoderivados, el 14,75 % con soluciones cristaloides, lo que significa que fue menor el número de casos complicados, comparado con el referido estudio de Bustillo U et al, que refiere que en la restitución de líquidos se utilizaron cristaloides en 49 (87,5 %) casos y se administraron derivados hemáticos en 35 (62,5 %) casos⁹.

El tratamiento quirúrgico más utilizado fue la reparación de desgarro (vaginal, perineal y cervical). Serrano Berrone et al en 2012 sugiere que, al ser la ligadura de las arterias uterinas la técnica con menor número de complicaciones, debe ser el primer paso a seguir en el algoritmo de atención de la hemorragia obstétrica en el posparto, una vez que las maniobras médicas han fallado en el control del sangrado de las paciente⁵.

Comentarios

El presente estudio sirvió para crear una base de datos en el Hospital Rural Prospera Coscomatepec, determinar la edad promedio de la mujer embarazada, la edad mayor y menor e identificar algunos factores de riesgo para hemorragia obstétrica.

Se recomienda capacitar al personal médico para establecer un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno, con el propósito de brindar una adecuada calidad de atención a la salud y disminuir la frecuencia de presentar hemorragia obstétrica. Tomando en cuenta que la multiparidad fue el principal factor de riesgo en nuestra población de estudio, se debe hacer énfasis y concienciar a las pacientes acerca del uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 4 – Frecuencia en el manejo médico (farmacológico y quirúrgico) de hemorragia obstétrica.

Manejo quirúrgico			Manejo farmacológico		
Manejo	Frecuencia	Porcentaje	Manejo	Frecuencia	Porcentaje
Ligadura de uterinas	13	10,00%	Transfusión hemoderivados	19	7,82
HTA	16	12,31%	Agentes uterotónicos	235	96,71
Laparotomía exploratoria	7	5,38%	Cristaloides	36	14,75
Legrado	18	13,85%			
Sutura compresiva	25	19,23%			
Reparación de desgarro vaginal/cervical/perineal	46	35,38%			
Empaquetamiento	5	3,85%			

Fuente: Departamento de archivo clínico del Hospital Rural Prospera Coscomatepec.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mgawadere F, Unkels R, Adegoke A, Broek N. Measuring maternal mortality using a Reproductive Age Mortality Study (RAMOS). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 1-9.
2. Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Oona MR, Campbell. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Bio Med Central Reproductive Health*. 2016; 13: 1-7.
3. Poon SS, Chean CS, Barclay P, Soltan A. Acute complete uterine inversion after controlled cord traction of placenta following vaginal delivery: a case report Department of Obstetrics and Gynecology. *Clinical Case Reports*. 2016; 4: 699-702.
4. Lugo Sánchez AM. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014; 40: 145-54.
5. Serrano Berrones MA, Comparación de dos técnicas quirúrgicas conservadoras para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Rev Esp Med Quir*. 2013; 18: 100-7.
6. Lertbunnaphong T, Lapthanapat N, Leetheeragul J, Hakularb P, Ownon A. Postpartum blood loss: visual estimation versus objective quantification with a novel birthing drape. *Singapore Med J*. 2016; 57: 325-8.
7. Posadas Robledo FJ. Uso de carbetocina para prevenir hemorragia obstétrica. *Ginecol Obstet Méx*. 2011; 79: 419-27.
8. Hernández-López GD, Graciano Gaytán L, Buensuseso-Alfaro JA, Mendoza Escorza J, Zamora-Gómez E. Hemorragia obstétrica postparto reanimación guiada por metas. *Rev Hosp Jua Mex*. 2013; 80: 183-91.
9. Bustillo UMC, Aguilar PN. Hemorragia postparto por causas diferentes a atonía uterina severa en Hospital Escuela Universitario in Tegucigalpa. *Rev Fac Cienc Med*. 2013; 19-25.
10. Camacho Castro FA, Rubio Romero JA. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia postparto. *Rev Fac Med*. 2016; 64: 87-92.
11. Briones Garduño JC, García Ochoa ED, Díaz de León Ponce M, Guerrero Hernández A, Sandoval Ayala OI. Hemodinamia en hemorragia obstétrica aguda. *Medigraphic. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2014; 28: 100-5.
12. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Med Clin*. 2014; 25: 993-1003.
13. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud 2009.
14. Oxytocin [internet]. Rockville Pike. Open Chemistry Database [citado el Dec 26 2015]. Disponible en: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/oxytocin#section=Top>
15. Canaval Erazo HO, Ortiz Lizcano EI. Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. 3ª ed. Panamá: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2013. p. 21-101.
16. Bertucci S. Manejo anestésico de la hemorragia obstétrica postparto. Uruguay: Departamento y Cátedra de Anestesiología; 2014. p. 1-27.
17. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. *Rev Med La Paz*. 2014; 20: 57-68.