

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

EPIDEMIOLOGIA AVANZADA

Docente: Dr. Manuel Eduardo López
Gómez

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Alumna: Estephanía A. Flores Courtoís

Cuarto semestre

Medicina humana

Primordialmente para comenzar el ensayo es necesario definir que la hemorragia obstétrica se trata de una pérdida sanguínea importante que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, los valores a considerar en la hemorragia obstetricia son:

- 500 mililitros post parto
- 1000 mililitros post cesaría

Básicamente estas pérdidas crean una caída de la concentración de hemoglobina a $> 40\text{g/L}$ y obliga al médico a tener la necesidad de transfundir más de cuatro unidades de concentrados eritrocitarios. Enfocándonos en la epidemiología podremos observar que la hemorragia obstétrica es una de las causas más comunes de morbimortalidad materna en el país, especialmente ocurre en países en vías de desarrollo, los datos epidemiológicos arrojan que más de 50% de las muertes maternas se presentan en las primeras cuatro horas del periodo post parto o post cesárea, en México mueren de 300 a 400 mujeres. Específicamente la hemorragia obstétrica se divide y puede suceder en tres periodos importantes los cuales son:

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo
- Hemorragia puerperal

Cada uno de estos periodos trae consigo factores causales y de riesgos importantes, a continuación se explica cada uno de ellos de la mano de su periodo:

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo: en este periodo de gestación veremos que la hemorragia puede ser causada por tres factores:
 - ✓ **Aborto:** básicamente el aborto ocupa el primer lugar de la causa de hemorragia en el primer trimestre, como tal se trata de la expulsión o extracción del producto antes de las 21 semanas de gestación, el embrión muere y puede deber a anomalías genéticas y cromosómicas como lo son:
 1. Trisomías autosómicas (16, 21, 22)
 2. Monosomía X (45 X o síndrome de Turner)
 3. Triploidías y tetraploídas

De igual manera existen factores maternos de riesgo que pueden crear un aborto como lo son:

1. Enfermedades crónicas graves
2. TORCH lo cual corresponde a las iniciales en inglés de toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH
3. Endocrinopatías
4. Desnutrición grave
5. Tabaco, Alcohol y Toxinas ambientales,
6. Embarazos en menores de 16 años
 - ✓ **Embarazo ectópico:** proceso en donde la implantación del huevo ocurre fuera de la cavidad endometrial, la implantación ectópica comúnmente ocurre en la trompa de Falopio y en el caso de un embarazo tubario la localización ocurre en la ampular “80%”, istmo “12%”, fimbria “5%” e intersticial “2%”. En cuanto a los factores de riesgo más comunes en el embarazo ectópico que podremos encontrar son los siguientes:
 1. Antecedentes de cirugía tubaria
 2. Embarazo ectópico previo
 3. Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria “EPI”
 4. Infecciones de transmisión sexual “ITS”
 5. Tabaquismo
 6. Oclusión tubaria bilateral
 7. Endometriosis

Este proceso ocupa un gran número de incidencias en México y puede ser una de las causas principales de mortalidad materna

- ✓ **Enfermedad trofoblástica:** básicamente constituye un grupo de alteraciones de la gestación, benignas y malignas caracterizadas por la proliferación del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y por la producción de β -HGC acompañada o no de embrión o feto, esta patología tiene formas clínico patológicas las cuales son: mola hidatidiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio de placentario Epidemiológicamente en nuestro país la incidencia varía sin embargo existe un margen de estabilidad de 2.4 por cada 1000 embarazos, en cuanto a los factores de riesgo que podremos encontrar están presentes los siguientes:
 1. Antecedente de embarazo molar previo
 2. Adolescentes y mujeres mayores de 40 años

3. Desnutrición debido a bajo consumo de carotenos
4. Nivel socioeconómico bajo
5. Embarazo gemelar

Sabiendo los factores causales y factores de riesgo de la hemorragia de la primera mitad del embarazo podremos seguir con el siguiente periodo “hemorragia de la segunda mitad del embarazo”

- ✓ **Placenta previa:** se trata de la complicación obstétrica que se presenta cuando la implantación placentaria se realiza a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre el orificio cervical interno parcial o totalmente, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto, en cuanto a las incidencias se puede mencionar que es muy variable puede ser 1 de cada 100 embarazos sin embargo es la causa más frecuente de hemorragias de tercer trimestre, los factores de riesgo a encontrar son:

1. Cicatrices uterinas previas debido a cesárea, miomectomía, metroplastía
2. Multiparidad
3. Mujeres mayores de 35 años
4. Tabaquismo
5. Anormalidades en la vascularización endometrial

- ✓ **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (abrupto placentario):** se trata de la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, siempre que ocurra después de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo del trabajo de parto, la incidencia en México que podremos encontrar esta en 1 cada 200 embarazos, en cuanto a los factores de riesgo podremos encontrar los siguientes:

1. Trastornos hipertensivos en el embarazo
2. Edad materna mayor de 35 años
3. Iatrogénica (uso inadecuado de oxitocina o prostaglandinas)
4. Traumatismo abdominal
5. Miomatosis uterina
6. Adicciones “tabaco, drogas y alcohol”

- ✓ **Ruptura uterina:** como su nombre lo menciona se trata de cualquier desgarro del útero la cual frecuentemente sucede debido a una deshiscencia de una cicatriz de cesárea previa, específicamente se pueden clasificar en

traumáticas, espontáneas, completas, incompletas, totales y parciales. Básicamente el factor de riesgo más común en esta caso es la Multiparidad y cesáreas previas.

Y como último periodo a mencionar podremos encontrar a la hemorragia puerperal que como tal se trata de la pérdida sanguínea postparto mayor de 500 ml o post cesárea mayor de 1000 ml, o bien que produzca alteraciones hemodinámicas como: hipotensión, taquicardia, palidez de piel y mucosas, consta de los siguientes factores causales:

- ✓ **Atonía uterina:** se trata de una situación en donde el miometrio no se contrae después del alumbramiento o que origina sangramiento anormal en el nivel del lecho placentario, es causada por una serie de factores predisponentes o de riesgo como lo son:
 1. Sobredistensión uterina (por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal)
 2. Gran Multiparidad
 3. Uso prolongado de oxitocina
 4. Parto prolongado
 5. Infección amniótica
 6. Uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados)
- ✓ **Inversión uterina:** la cual se define como el prolapso del fondo uterino a través del cérvix y se debe, en general, a una excesiva tracción del cordón umbilical antes del alumbramiento completo, epidemiológicamente ocurre un caso por cada 2000 nacimientos, los factores predisponentes y de riesgo para que esto suceda son los siguientes: Dilatación cervical y Relajación uterina
- **Retención placentaria y restos placentarios:** se trata de dos situaciones causales con un principio en común pero diferentes en tiempo de aparición y la cantidad de hemorragia, específicamente la retención placentaria es cuando no se ha separado la placenta después de transcurridos 15 minutos de la salida del feto y a pesar del uso de la oxitocina y maniobras para la expulsión de placenta como tal esta situación pasa a ser una urgencia médica debido al excesivo sangrado y la posibilidad de un acretismo placentario, en cuanto a la retención de restos placentarios sucede cuando el alumbramiento es incompleto ya que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea

básicamente se trata de una complicación obstétrica aún continúa y es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna por hemorragia y sepsis en nuestro país, esta retención comúnmente termina siendo endometriosis puerperal, los factores de riesgo o predisponentes son:

1. La nula revisión cuidadosa y sistemática de la placenta y de las membranas amnióticas
 - Acretismo placentario: se trata de la inserción anormal de una parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales a la pared uterina. La incidencia epidemiológica es de 1 en 15000 casos, encontraremos tres tipos de adherencia anormal que pueden provocar una hemorragia obstétrica: placenta acreta, placenta increta y placenta percreta.

Realizando un análisis extenso logro ubicar que los factores de riesgo y causales más importantes son los catalogados en la nemotecnia "4 T" atonía uterina (tono) 70%, retención de tejidos (tejido) 10%, lesión del canal de parto (traumatismo) 19% y alteraciones de la coagulación (trombina) 1%, ahora bien centralizándonos y enfocándonos en los más comunes encontramos los siguientes factores de riesgo y sus causas:

- **Placenta previa y acretismo placentario:**
 - ✓ Edad materna mayor a 35 años
 - ✓ Multiparidad
 - ✓ Cicatrices uterinas previas (legrados, procedimientos de aspiración manual uterina, cesáreas y miomectomías)
 - ✓ Tabaquismo
- **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta:**
 - ✓ Edad materna mayor a 35 años
 - ✓ Tabaquismo o adicciones
 - ✓ Sobredistension uterina
 - ✓ Enfermedades hipertensivas en el embarazo
 - ✓ Traumatismo abdominal
 - ✓ Antecedentes de desprendimiento
- **Ruptura uterina:**
 - ✓ Antecedentes de cicatrices uterinas

- ✓ Uso iatrogénico de oxitócicos
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Maniobra Kristeller
- **Atonía uterina:**
 - ✓ Sobredistensión uterina
 - ✓ Trabajo de parto prolongado
 - ✓ Corioamniotitis
 - ✓ Preeclampsia
 - ✓ Fármacos relajantes de musculo uterino

Básicamente justificando estos factores de riesgo en base a la bibliografía puedo mencionar que mi enfoque fue de una GPC en la cual menciona que la hemorragia obstétrica es una condición prevenible, y representa una de las principales causas de muerte en el mundo, los datos de la OMS arrojan que el 25-30% de las muertes en mujeres se debe a una hemorragia obstétrica relacionada a factores de riesgo muy comunes y de los cuales por desgracia muchas mujeres no tienen el conocimiento, estos factores inician usualmente sin darse cuenta y tienden a relacionarse con el desarrollo de choque hemorrágico y sus consecuencias como la disfunción orgánica múltiple que puede provocar la muerte materna, los factores ya mencionados son considerados los más importantes debido a que presentan mayor incidencia en la población sin embargo esto no quiere decir que únicamente encontraremos estos en la clínica del paciente, sabiendo la importancia de los factores de riesgo más importantes podemos mencionar las actividades correctas para poder disminuir este riesgo, básicamente utilizaríamos la educación para la salud en la cual se le explica a la paciente y a sus familiares (en caso de ser acompañada) los riesgo de la exposición a tabaco, consumo de alcohol y sustancias toxicas además de ello se le ofrece planificación familiar a las pacientes con altos índices de riesgo obstétrico y Multiparidad. Sin embargo cuando existe la presencia de los siguientes factores se toman medidas específicas mencionadas a continuación:

- En caso de riesgo de placenta previa se debe de realizar un ultrasonido para corroborar el sitio de implantación placentaria después de las 28 semanas de gestación
- Si existen pacientes con alto nivel de riesgo de hemorragia obstétrica debido a cesáreas previas, miomectomías o legrados es vital enviarlas a segundo y tercer

nivel de atención de salud para que reciban un plan de acción específico el cual incluye la programación de cesárea entre la semana 37 o 38 de embarazo

- En caso de presentar factores de riesgo para ruptura uterina es importante considerar la aplicación de fórceps profiláctico y recordar que la maniobra de Kristeller está proscrita
- Si en su caso nuestra paciente presenta factores de riesgo para atonía uterina (muy común) es necesario implementar un manejo activo del tercer periodo de parto el cual incluye fármacos uterotónicos y masaje suave y sostenido del cuerpo y fondo uterino posterior al alumbramiento

Analizando lo ya mencionado y la calidad de vida de los pacientes es importante recalcar que estas medidas son realmente vitales en las pacientes que presentan factores de riesgo de hemorragia obstétrica ya que pueden aumentar su calidad de vida a un alto porcentaje ya que pueden evitar que suceda un shock hipovolémico que ponga en riesgo su vida, a modo de conclusión del tema asignado puedo mencionar que México presenta altos índices de mujeres con factores de riesgo de una hemorragia obstétrica los cuales no son considerados o manejados con el cuidado que merecen para poder ayudar a la calidad de vida del paciente, esto dependerá de muchas causas como por ejemplo las inequidades en el acceso a los servicios de salud, como consecuencia de las diferencias económicas y sociales entre la población. De igual manera considero importante recalcar la llamada violencia obstétrica en los centros de salud u hospitales y la nula acción de un plan de manejo obstétrico ya que son comunes los siguientes puntos:

- No se utiliza el manejo activo de la tercera etapa del trabajo
- No se corrige la anemia durante el embarazo
- No se previene el trabajo prolongado
- Reanimación insuficiente de líquidos
- Retraso en detener el sangrado
- Demora en avanzar de procedimientos conservadores a intervenciones radicales
- Medicación y banco de sangre con disposición difícil
- Alteración en instalaciones (disponibilidades de unidades de cuidados intensivos adultos)
- Reconocimiento retardado de la gravedad de la hemorragia

BIBLIOGRAFIA APA

- Karlsson, H. (2009, 1 marzo). *Hemorragia postparto*. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- T.S, A. C., R.M, A. H., & E, C. C. (2009, 1 enero). «GPC» *Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato*. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GP_C_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf
- Guasch, E. (2016, 1 junio). *Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual | Medicina Intensiva*. <https://www.medintensiva.org/>.
<https://www.medintensiva.org/es-hemorragia-masiva-obstetrica-enfoque-terapeutico-articulo-S021056911630002X>
- Asturizaga, P. (2014, 1 enero). *HEMORRAGIA OBSTÉTRICA*. <http://www.scielo.org.bo/>.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009