



Contenido

- 2 Directorio
- 3 Editorial
- 4 Sistema de selección y clasificación de pacientes como alternativa para mejorar la calidad de la atención obstétrica
- 9 Guía para el manejo de la Preeclampsia y Eclampsia
- 10 Guía para el manejo de Hemorragia Obstétrica Masiva
- 11 Triaje obstétrico
- 12 Implicaciones de la revisión rutinaria de cavidad uterina en las complicaciones del puerperio. Revisión de la evidencia.
- 17 Morbilidad materna extrema en el Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso", S.S.O. Morbilidad materna extrema Oaxaca.
- 24 Misión y Visión de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca.





Directorio

Dr. Arturo Molina Sosa

PRESIDENTE

Dr. Pedro Aarón Santiago Martínez

SUBCOMISION MÉDICA

Lic. Elisa María Salazar Tapia

SUBCOMISION JURÍDICA

L.C.P. María Cristina Herrera Mendoza

DIRECCION ADMINISTRATIVA

Dr. Omar Calvo Aguilar

DIRECCION DE DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN

Lic. José David Torres Ramírez

DIRECCION DE CONTRALORIA

Lic. Miguel Ángel Velasco García

UNIDAD DE DIFUSION

Ing. Fernando Said Ramírez García

UNIDAD DE INFORMATICA

CONSEJEROS

Dr. Arturo Molina Sosa

Dr. Pedro Aarón Santiago Martínez

Dr. Carlos Macario Pacheco Skidmore

Dra. María de Lourdes Escudero Morales

Dr. Cristobalito Ortiz García

Dr. José Manuel Ceja Sánchez

Dra. Norma Asunción López Velázquez

Dra. Roció Zúñiga Bonilla

Dra. Laura Isabel Taboada Robles

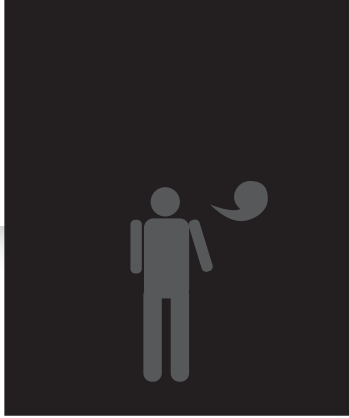
Secretario Ejecutivo

Lic. Miguel Ángel Velasco García

Modulo de Atención I

Dr. Alejandro Pérez López

Lic. Salvador Christian Cruz García



Editorial

Una nueva edición de la revista de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico sale a los lectores médicos tratando de mejorar la calidad de la atención como siempre un objetivo fundamental de esta Comisión.

En este número se pretende mejorar en la práctica de la atención obstétrica, es sabido que la principal especialidad involucrada en las inconformidades y quejas es la ginecoobstetricia, por ello en esta edición se hace una revisión de un procedimiento que para muchos de los médicos es parte de su rutina en el proceso de atención a la parturienta, la revisión manual de la cavidad uterina, un procedimiento que tiene indicaciones precisas y que sin embargo no se cumplen en la mayoría de los casos para hacerla correctamente.

Luego se hace una revisión del sistema de selección y clasificación de pacientes obstétricas en las áreas de urgencias basado en gravedad desde la perspectiva de cinco colores que muestran un mayor apego de los médicos, mayor redroducibilidad y mayor entendimiento que el sistema de tres colores, así mismo la tabla con las patologías que lo integran y los diferentes tiempos, también sus respectivos flujogramas de atención en el segundo nivel de atención para los principales eventos que generan la mortalidad materna que son la hemorragia obstétrica masiva y la preeclampsia.

Finalmente se presenta el trabajo ganador del tercer lugar en investigación clínica del año 2010 en la FEMECOG sobre morbilidad materna extrema donde se identifican las principales determinantes que generan la morbilidad materna extrema y son la base del iceberg de las muertes maternas, los factores asociados y las diferentes prevalencias de las entidades involucradas.

De esta manera cumplimos con el cometido de crear una revista más científica que sirva para mejorar la calidad de la atención en el estado.

Editores:

Acad. Dr. Arturo Molina Sosa

Académico Emérito
Academia Mexicana de Cirugía
Presidente de la Comisión Estatal de Arbitraje
Médico de Oaxaca

Dr. Omar Calvo Aguilar

Gineco-obstetra Certificado
Director de Difusión e Investigación de la CEAMO

SISTEMA DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES COMO ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

AUTORES:

Dr. Omar Calvo Aguilar

Especialista en Medicina Materno Fetal. Subcomisionado Médico Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca.

Acad. Emérito Dr. Arturo Molina Sosa

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Comisionado Presidente Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca

CORRESPONDENCIA: Dr. Omar Calvo Aguilar. Calle M.S. Crespo 812 col. Jiménez Figueroa, Centro Oaxaca de Juárez, Oaxaca. Email: omarcalvoaguilar@hotmail.com. Tel 951-5010055.

RESÚMEN

Los sistemas de triage han sido implementados desde hace varios años como método para hacer de mayor eficacia los servicios de urgencias, de manera habitual se utiliza de forma general sin discriminar a las pacientes embarazadas del resto, la propuesta de la revisión es utilizar un sistema único para obstetricia basándose en los sistemas ya existentes de Australia, Canadá y Reino Unido con escala de cinco colores que permite una mayor reproducibilidad, tiene mayores ventajas y facilita la selección en el área de urgencias. Se propone también las diferentes patologías que serían englobadas y algoritmos para los diferentes escenarios previstos. Este sistema puede permitir el homologar la forma de trasladar pacientes entre el primer nivel segundo nivel y a nivel hospitalario.

SUMMARY

Triage systems have been implemented for several years as a method to make more effective emergency services, routinely used in general without discriminating against pregnant patients from the rest, the proposed revision is to use a single system for obstetrics based on existing systems of Australia, Canada and the United Kingdom with five-color scale that allows for greater reproducibility, has greater advantages and facilitates the selection in the emergency department. It also proposes the different diseases that would be encompassed and algorithms for different scenarios envisaged. This system can allow standardize how patients move between the first level and second level hospitals.

EL TRIAGE OBSTÉTRICO COMO ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El propósito de crear un sistema de triage para obstetricia tiene como finalidad dar prioridad a aquellas pacientes que presentan emergencias obstétricas y que no deben esperar para ser revisadas o atendidas. Si bien es cierto que sólo representan un pequeño porcentaje en las áreas de urgencias que no pasa del 4-5%, se debe identificar con exactitud para así poder disminuir la morbilidad materna extrema y la mortalidad, además permite ordenar a las pacientes en espera de tratamiento o revisión de acuerdo con su patología. El número de pacientes que acuden para solicitar atención de emergencia es cada vez mayor y por ende la necesidad de un sistema de clasificación eficaz.

Se recurre al sistema de triage ya evaluado en otros sistemas de salud porque ha demostrado validez y confiabilidad para las áreas de urgencias, pero en el caso de obstetricia no se cuenta con triage específico, ni en área rural ni en hospitales ya que todos los sistemas de triage están enfocados de forma general excluyendo la atención de embarazadas, sin considerar que entre el 40 y 60% del total de egresos hospitalarios corresponden a este servicio, así mismo que del total de emergencias el 11% corresponden a las obstétricas, por tanto en prioritario y de mucha utilidad contar con un sistema que permita el manejo adecuado para lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros de un sistema coordinado de salud.

La atención de emergencias obstétricas representa una responsabilidad en la evaluación, selección y clasificación de lo cual depende la prioridad de atención, el medio de transporte a utilizar e inclusive el hospital receptor, por lo que es necesario que el personal tenga un alto grado de precisión en la metodología mediante la capacitación para asegurarse de las competencias que al final mejore los resultados obstétricos y perinatales.

OBJETIVOS:

Hacer el proceso discriminatorio de gravedad en las patologías que engloba la emergencia obstétrica, mediante la aplicación del sistema de escalas de gravedad diseñado para este propósito.

SISTEMA DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN OBSTETRICIA

La palabra "triage" proviene del vocablo francés "trier" cuyo significado es clasificación o selección (para "ordenar" o "elegir"), y se utilizaba básicamente para el área agrícola. Su utilización en la terminología médica es relativamente reciente y hoy día, es aceptada a nivel mundial y su introducción se debió a las guerras napoleónicas, básicamente la de Speyer en 1867, sientan las bases de los sistemas de selección y clasificación de pacientes. Así pues originalmente, el proceso fue utilizado por los militares para ordenar a los soldados heridos en combate con el propósito de establecer las prioridades de tratamiento (segunda guerra mundial) de manera que el objetivo general de la clasificación era el atender los que fueran recuperables de manera pronta¹. A finales de 1950, la práctica médica comenzó a cambiar y los departamentos de emergencia se hicieron el principal proveedor de atención médica primaria, y los especialistas entraron a sustituir en gran parte la práctica general, el área de urgencias comenzó a experimentar un gran aumento en el volumen².

Actualmente el sistema de triage es utilizado de forma internacional en todos los sistemas de salud con adaptaciones propias a cada uno existiendo diferentes nomenclaturas y tipos, independientemente de lo cual el triage debe realizarse no sólo en área de urgencias de hospitales sino en todas las áreas de atención y a todos los niveles, tantas veces como sea necesario. Es preciso establecer que el triage es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los pacientes y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificar la respuesta final.

En una forma esquemática, se pueden establecer las siguientes etapas de triage¹:

1.- Triage de campo, que se realiza en la propia escena de la emergencia, en el lugar designado para

este fin por el responsable del sistema de atención en incidentes, en este puesto de triage, un técnico en urgencias médicas nivel avanzado, seleccionará y clasificará a los pacientes, efectuando el etiquetado de cada uno, de acuerdo al código de colores, en este lugar se inicia la estabilización del paciente y se le prepara para su transporte, sobre la base de su prioridad, a sus lesiones, a los medios disponibles y a la unidad hospitalaria receptora.

2.- Triage en la sala de urgencias, en algunos casos se sugiere incluso, se destine un área previa a la entrada de urgencias para regular el flujo de pacientes y el responsable del triage en este sitio debe ser un médico cirujano ampliamente capacitado y con experiencia en el manejo de complicaciones, en esta etapa, además de priorizar las complicaciones, se debe decidir a qué área hospitalaria se destina al paciente, quirófano, terapia intensiva, observación, etc.

3.- Triage hospitalario por áreas: esta etapa nuevamente reclasifica los pacientes que han sido asignados a un área para optimizar los recursos. La responsabilidad del triage en cada área del hospital debe ser el médico responsable de cada una de ellas. Por ejemplo, los destinados a cirugía deben ser evaluados por el jefe de cirugía quien decide por prioridad quién o quiénes ingresan al quirófano. De la misma

forma se hace selección en otras áreas hospitalarias.

Tipos de triage

Existen muchas clasificaciones y nomenclaturas para el sistema de triage, sistema Manchester, sistema Australiano, ESI, etc., todos con características similares en cuanto a la escala de atención de la emergencia pero con variantes en cuanto a los colores a utilizar. La escala que utilizan todos los sistemas se basa en cinco prioridades, dado lo complejo que es establecerlas en el sistema coordinado de atención médica de urgencias, los criterios de selección y clasificación de pacientes han sido divididos en dos grandes grupos: los de aplicación prehospitalaria que se fundamentan en juicios clínicos y en diagnósticos de probabilidad, y cuales podemos tener apoyo de gabinete y laboratorio en la toma de decisiones³. Esta división arbitraria ofrece sin embargo, la posibilidad de encontrar el sistema que mejor se adapte a las necesidades de cada unidad de atención en urgencias médicas.

A nivel prehospitalario se maneja principalmente el sistema START son las siglas en inglés de Simple Triage And Rapid Treatment. Este sistema es el más aplicado hoy en día por los servicios prehospitalarios por su facilidad de uso, fue desarrollado para que técnicos en urgencias médicas pudiesen evaluar en menos de 60 segundos a múltiples víctimas,

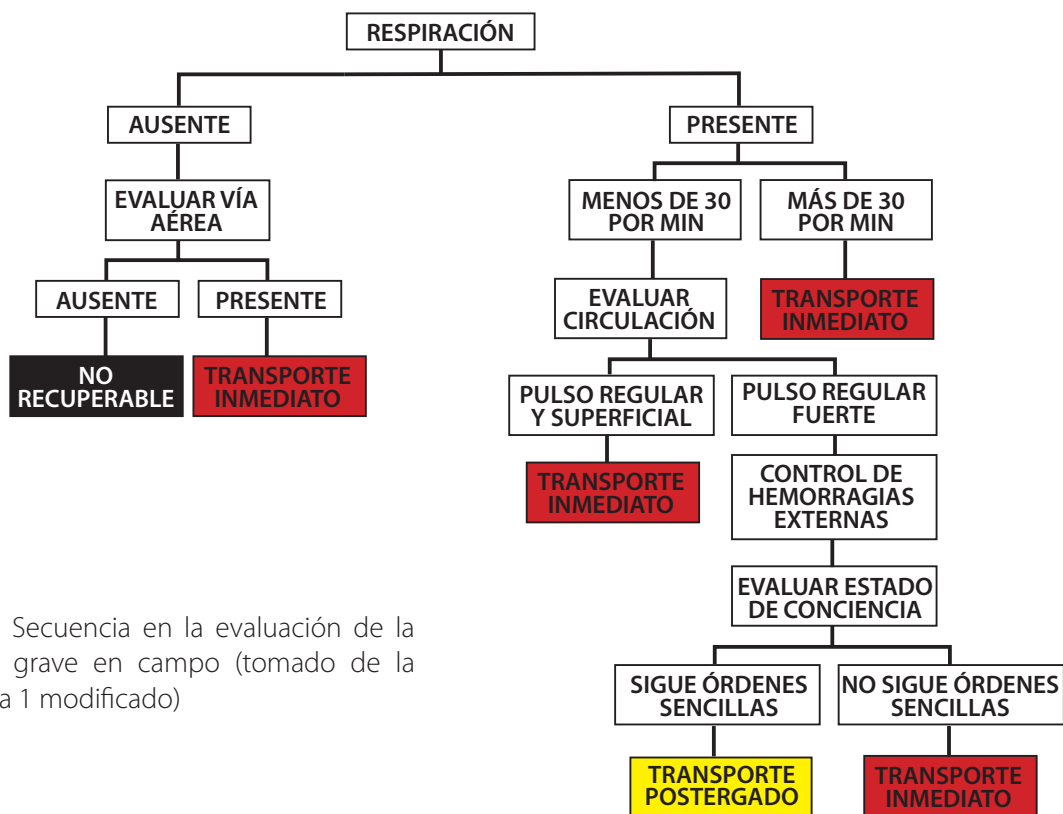


Figura 1. Secuencia en la evaluación de la paciente grave en campo (tomado de la referencia 1 modificado)

está diseñado para que se valore rápidamente, y en forma simple, a cada paciente a fin de trasladar en forma inmediata a los pacientes que tengan comprometidas sus funciones vitales, este sistema permite también que los lesionados sean reevaluados constantemente a fin de evaluar la respuesta a las maniobras de estabilización y manejo. (Figura 1)

El objetivo es reunir rápidamente “suficiente” información para determinar la agudeza del problema para así iniciar manejo y traslado del paciente. Aunque es integral se recomienda que el triage se complete en 2 a 5 minutos, esto debido a que en las evaluaciones observadas en un centro terciario la meta de la evaluación menor a dos minutos se cumplió solo en un 22% de los pacientes, debido a que los casos de pacientes pediátricos, adultos mayores y embarazadas tomó más tiempo que los otros⁵. De manera que la evaluación obstétrica siempre requerirá de al menos 2 min y no deberá pasar de 5.

Un sistema de clasificación completo a nivel hospitalario puede llevar a una acumulación de pacientes esperando ser atendidos, algunos pueden esperar con seguridad para una mejor evaluación, los de riesgo alto deben ir directamente al área de choque. Actualmente el 69% de los departamentos de emergencia usa una escala de tres niveles, el 12 % utilizó una escala de cuatro niveles, un 3 % utiliza la de cinco niveles, y un 16 % no respondió a la pregunta o no utiliza triage⁶. Los datos más recientes reflejan una tendencia a cinco niveles de clasificación. El sistema de cinco niveles de ha mostrado una alta correlación con el recurso utilizado de manera que puede ser fácilmente reproducible, teniendo menores tiempos de espera, de admisión, de tratamiento, ingreso a terapia intensiva y menor mortalidad, con respecto al sistema de tres colores o semaforización. La evaluación de la variabilidad intra e interobservador del sistema de cinco escalas tuvo una K de 0.68 con respecto a 0.38 del triage de tres escalas³.

Los colores utilizados comúnmente según la tendencia actual^{7, 8}, en la mayoría de los hospitales, es la de establecer 5 niveles de gravedad, según la posible demora en su atención para hacerla discriminación como sigue:

Nivel 1 o rojo: precisa de la atención por el médico de forma inmediata.

Nivel 2 o naranja: la atención por el médico puede demorarse 10 minutos.

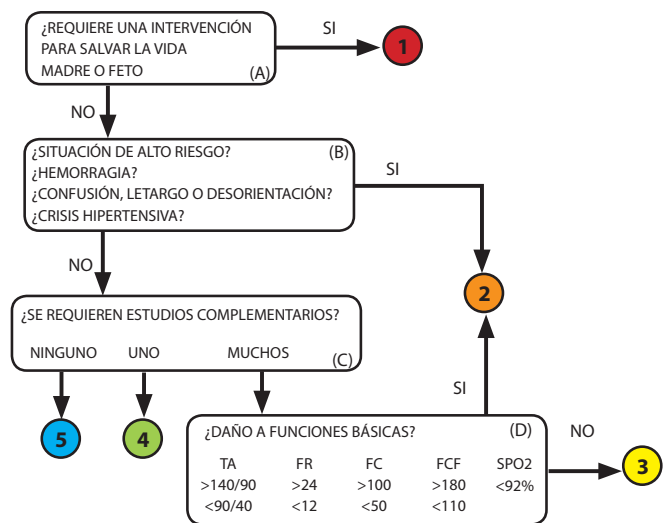
Nivel 3 o amarillo: la atención por el médico puede

demorarse 60 minutos.

Nivel 4 o verde: la atención por el médico puede demorarse 2 horas.

Nivel 5 o azul: la atención por el médico puede demorarse 4 horas o más.

Se propone el siguiente algoritmo para la identificación y categorización de pacientes de acuerdo con el sistema a utilizar:



El esquema engloba cuatro escenarios de acción en los que se encuentran las diferentes emergencias de tipo obstétrico que a su vez están contenidas en el cuadro de las diferentes condiciones que ameritan la atención, el siguiente cuadro es un ejemplo de cómo incluir las patologías y que puede ser mostrado en las áreas de urgencias o de valoración obstétrica sea de hospitales de maternidad o bien en hospitales generales que cuenten con la atención a embarazadas. Puede ser utilizado también en áreas de primer nivel que atienden embarazos y partos para determinar la gravedad de la paciente que revisan y determinar si es necesario envío a segundo nivel y como triage hospitalario.

CONCLUSION

Finalmente se considera que un servicio de urgencias a nivel hospitalario debe contar con metodología para atender los casos graves y dar fluidez a los que ameriten estudios complementarios, el triage obstétrico propuesto de cinco colores puede funcionar como método para hacer más eficiente la atención en el área de urgencias mejorando tiempos y calidad de la atención, con lo que se contribuye a disminuir la morbi-mortalidad materna en los centro primarios y secundarios de atención materna.

COLOR	NIVEL	TIEMPO (MIN)	PATOLOGIAS
	1 RESUCITACIÓN	0	Segundo periodo de trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, EVC hemorrágico, TCE con Glasgow <12, feto con bradicardia <100 por min., coma hiperosmolar, ruptura uterina
	2 EMERGENCIA OBSTÉTRICA	10	Trabajo de parto en fase activa con 8-9 cm de dilatación cervical, Emergencia hipertensiva, hemorragia obstétrica sin choque, crisis convulsivas, feto con bradicardia <110 por min.,
	3 URGENCIA OBSTÉTRICA	60	Trabajo de parto en fase activa con 4-8 cm de dilatación cervical, hipertensión gestacional, aborto incompleto y amenaza de aborto con hemorragia, síndrome doloroso abdominal más embarazo, ruptura prematura de membranas.
	4 NO URGENTE	120	Pielonefritis, amenaza de parto prematuro, feto con datos no tranquilizadores en registro cardiotocográfico, oligohidramnios con trabajo de parto, diabetes descompensada
	5 URGENCIA SENTIDA	240	Fase latente prolongada de trabajo de parto, oligohidramnios sin trabajo de parto, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Illescas Fernández GJ. Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma*, Vol. 9, Núm. 2, pp 48-56 • Mayo-Agosto, 2006.
- Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
- Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(50): 892–8. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0892.
- Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, et al. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011, 19:42 <http://www.sjtrem.com/content/19/1/42>.
- Gosman GG, Baldisseri MR, Stein KL, Nelson TA, Pedaline SH, Waters JH, et al. Introduction of an obstetric-specific medical emergency team for obstetric crises: implementation and experience. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:367.e1-367.e7.
- Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011 19:43.
- Stella CL, Dacus J, Guzman E, Dhillon P, Coppage K, How H, et al. The diagnostic dilemma of thrombotic thrombocytopenic purpura/hemolytic uremic syndrome in the obstetric triage and emergency department: lessons from 4 tertiary hospitals. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:381.e1-381.e6.
- Holm EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. *BMJ Qual Saf* 2011;20: 390e396. doi:10.1136/bmjqs.2010.040824.

GUÍA PARA EL MANEJO DE LA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

El tratamiento definitivo de la preeclampsia es el parto para prevenir el desarrollo de complicaciones maternas o fetales de progresión de la enfermedad. La finalización del embarazo se basa en la edad gestacional, condición fetal y materna, y la severidad de la preeclampsia. Las pacientes a término pueden inducirse de acuerdo a la puntuación de Bishop, aquellas con edad gestacional menor de 34 semanas se debe individualizar cada caso.

Diagnóstico

* Toma de tensión arterial sistólica mayor a 140 mmHG o diastólica mayor a 90 mmHg y
 ** proteinuria mayor de 0.3 grs. ó 300 mg en orina de 24 hrs.

* La toma de TA en dos ocasiones con 6 hrs. de diferencia utilizando el 5° ruido de Korotkoff.
 ** La tira reactiva de orina con +/- 30 mg dl es sugestiva.

Criterios de Severidad

- **Síntomas de disfunción en sistema nervioso central:** visión borrosa, escotomas, alteración del estado mental, cefalea intensa o que no cede con analgésicos.
- **Síntomas de distensión de la cápsula hepática:** dolor en cuadrante superior derecho abdominal, epigastralgia (Chaussier), náusea o vómito.
- **Lesión hepática:** elevación de enzimas hepáticas al doble de lo normal.
- **Descontrol de TA:** mayor de 160 mmHg sistólica o mayor de 110 mmHg diastólica.
- **Trombocitopenia:** menos de 100,000 plaquetas.
- **Proteinuria grave:** mayor de 5 grs en 24 hrs.
- **Oliguria:** menor de 500 ml en 24 hrs.
- **Restricción de crecimiento intrauterino.**
- **Edema pulmonar o cianosis.**
- **Accidente cerebrovascular.**

Al Ingreso

Estabilización en Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos (UCIO)

Solicitar estudios básicos (BH, TP, TTP, QS, PFH, DHL, proteínas en orina de 24 hrs. y prueba de bienestar fetal.

Manejo conservador para embarazos <34 sem

- Yugular crisis hipertensiva con Hidralazina 10mg IV en 100 ml, sol. mixta para 20-30 min. con el objetivo de disminuir TA un 20-30%, o 10 mg IM (efecto en 10-20 min hasta por cuatro horas).
- Las soluciones a utilizar serán cristaloides del tipo Mixta, Fisiológica o Hartmann.
- Una vez controlada la TA, continuar hidralazina por vía oral 50 mg cada 6 hrs. o agregar algún otro en caso de ser necesario (alfametildopa 500 mg cada 6 hrs, Nifedipina 10 mg cada 6 hrs.).
- Sulfato de magnesio 4-6 gr IV en 100-200 ml sol. mixta en 10-20 min. continuar con 1-2 grs cada 2 hrs. mientras persista con reflejos aumentados, vigilando concentraciones séricas del electrolito.
- Aplicar corticoides para inducción de madurez de ser necesario.
- Reevaluar cada 2 ó 3 días la función renal y hepática.

Preeclampsia leve

Preeclampsia severa

Eclampsia

Objetivo del manejo para eclampsia
 Prevención de la hipoxia materna y el trauma.
 Manejo de la emergencia hipertensiva, si está presente.
 Prevención de convulsiones recurrentes.
 Evaluación para la resolución expedita

Manejo intervencionista

- Yugular crisis hipertensiva con Hidralazina 10mg IV en 100 ml, sol. mixta para 20-30 min. con el objetivo de disminuir TA un 20-30%, o 10 mg IM (efecto en 10-20 min hasta por cuatro horas).
- Sulfato de magnesio 4-6 gr IV en 100-200 ml sol. mixta en 10-20 min.
- Las soluciones a utilizar serán cristaloides del tipo Mixta, Fisiológica o Hartmann
- Pasar a sala de Tococirugía en cuanto se considere estable para finalizar el embarazo por la vía mas apropiada.

Criterios para finalizar el embarazo

Fetales

- ▲ Oligohidramnios
- ▲ Datos sugestivos de pérdida de bienestar fetal
- ▲ Restricción de crecimiento intrauterino
- ▲ Todas las indicaciones absolutas (gemelar, pélvico, etc.)

Maternos

- ▲ Embarazo de 37 semanas o mayor
- ▲ Coteo plaquetario menor de 100,000
- ▲ Deterioro de la función renal o hepática
- ▲ Desprendimiento placentario
- ▲ Cefalea persistente o alteraciones visuales
- ▲ Epigastralgia, náusea o vómito persistente

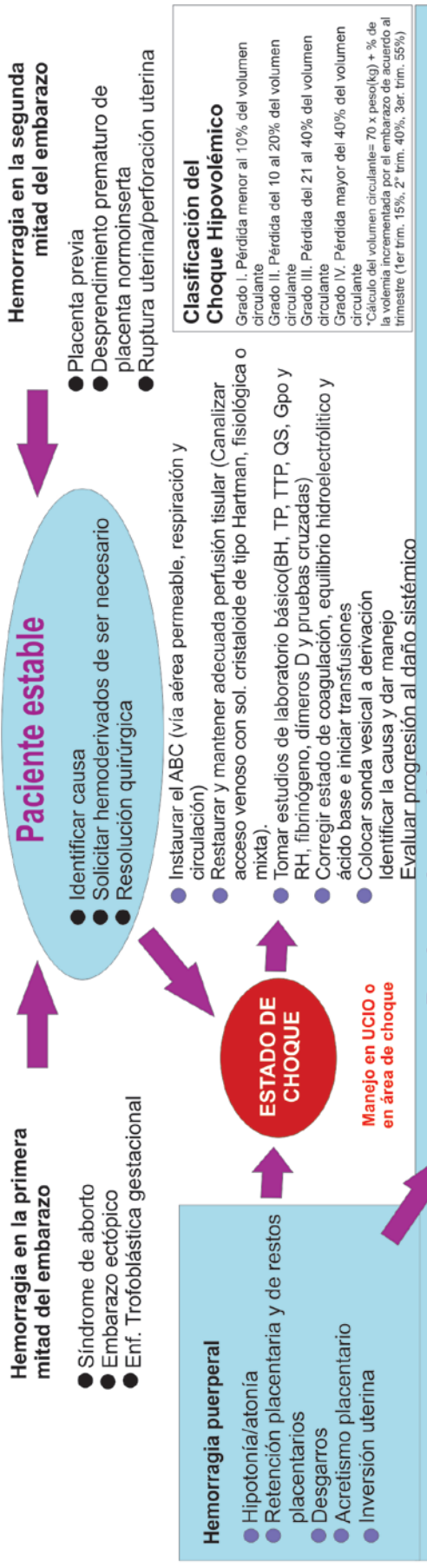
Bibliografía

- 1.- NOM 007-SSA. Norma Oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
- 2.- Schroeder BM. ACOG Practice Bulletin on Diagnosing and Managing Preeclampsia and Eclampsia. Obstet and Gynecol 2002 N°33
- 3.- Geller SE, Ahmed S, Brown ML, Cox SM, Rosenberg D, Kilpatrick SJ. International Classification of Diseases 9th revision coding for preeclampsia. How accurate is IZ. Am Jour Obstet and Gynecol (2004), 190, 1629-34.
- 4.- Solomon CG, Seely EW. Hypertension in Pregnancy. Endocrinol Metab clin N Am. 35 (2006) 157-171.

Elaboró: Dr. Omar Calvo Aguilar

GUÍA PARA EL MANEJO DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA MASIVA

La hemorragia obstétrica masiva se define como la pérdida sanguínea de más de 500 ml en el parto y de 1000 ml en la cesárea en el periodo gravido o puerperal proveniente de genitales internos o externos, siendo en el mundo la segunda causa de mortalidad materna con 25% del total. Se catalogan como hemorragias de la primera mitad del embarazo, hemorragias de la segunda mitad del embarazo y hemorragia puerperal.



	Paciente inestable	
T0'	Medidas Generales <ul style="list-style-type: none"> — Examen vaginal — Vaciar vejiga — Masaje uterino — Disponibilidad de sangre — 2a línea venosa 	Fármacos <ul style="list-style-type: none"> — Infusión cristaloides y coloides para reposición Oxitocina 10-20 UI IV en 1000 ml de sol. cristaloides a pasar 10 -20 ml por minuto. — Ergonovina 0.2 mg IM o IV cada 2-4 hrs.a — Efedrina en hipertensión 100 a 200 mcgr por Kg peso con precaución en hipertensas o cardiopatas.
T30'	Intervenciones <ul style="list-style-type: none"> — Vigilancia con monitor — Grupo y Rh — Laboratoriales básicos — Reparación de desgarros y remoción de restos 	<ul style="list-style-type: none"> — Dimeros D — Fibrinógeno — Plaquetas — TP TTP
T60'	Medidas Generales <ul style="list-style-type: none"> — Ingreso a la UCIO (Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos) — Colocar drenaje vesical a derivación — Vigilar estado neurológico — Mantener tensión arterial media 60-80 mmHg — Línea central 	Intervenciones <ul style="list-style-type: none"> — Pinzamiento de arterias uterinas por vagina — Sutura uterina con técnica B Lynch — Devascularización uterina/Ligadura de hipogástrica — Histerectomía total abdominal

T0' Detección del evento e inicio de manejo
T30' 30min. después de iniciado el manejo
T60' Una hora después de iniciado el manejo

Bibliografía
 1.- NOM 007-SSA. Norma Oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
 2.- Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico.2009. Secretaría de Salud.
 3.- Mercier F.J, Van de Velde M. Major Obstetric Hemorrhage. Anesthesiology Clin 26 (2008) 53-66.
 4.- Ferentz KS, Nesbitt LS.Common Problems and Emergencies in the Obstetric Patient. Prim Care clin Office Pract. 33 (2006) 727-750.

Elaboró: Dr. Omar Calvo Aguilar

TRIAJE OBSTETRICO

COLOR	NIVEL	TIEMPO (MIN)	PATOLOGIAS
	1 RESUCITACIÓN	0	Segundo Periodo de trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, EVC hemorrágico, TCE con Glasgow <12, feto con bradicardia <100 por min., coma hiperosmola, ruptura uterina
	2 EMERGENCIA OBSTÉTRICA	10	Trabajo de parto en fase activa con 8-9 cm de dilatación cervical. Emergencia hipertensiva, hemorragia obstétrica sin choque, crisis convulsivas, feto con bradicardia <110 por min.
	3 URGENCIA OBSTÉTRICA	60	Trabajo de parto en fase activa con 4-8 cm de dilatación cervical, hipertensión gestacional, aborto incompleto y amenaza de aborto con hemorragia, síndrome doloroso abdominal más embarazo, ruptura prematura de membranas.
	4 NO URGENTE	120	Pielonefritis, amenaza de parto prematuro, feto con datos no tranquilizadores en registro cardiotocográfico, oligohidramnios con trabajo de parto, diabetes descompensada.
	4 URGENCIA SENTIDA	240	Fase Latente prolongada de trabajo de parto, oligohidramnios sin trabajo de parto, etc.

IMPLICACIONES DE LA REVISIÓN RUTINARIA DE CAVIDAD UTERINA EN LAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA.

AUTORES:

Sachse Aguilera Matthias

Licenciado. en enfermería y Maestro en ciencias

Pintado González Azalia

Maestra en Ciencias con especialidad en investigación clínica

Calvo Aguilar Omar

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Medicina Materno Fetal. Director de Difusión e Investigación CEAMO.

RESUMEN:

La revisión manual de la cavidad uterina es un procedimiento que se ha convertido en una rutina dentro de la atención del parto, las diferentes investigaciones acerca de dicho procedimiento no promueven la realización del mismo de esta manera sino bajo indicaciones precisas, pero se ha verificado que se realiza principalmente en las instituciones públicas a la gran mayoría de pacientes aunque no exista indicación o bien se hace por normativas verbales en las institucionales del primer y segundo nivel, la mayoría de la evidencia indica que debe practicarse solo bajo indicaciones como la hipotonía uterina, la retención de restos placentarios y membranas, la verificación del segmento uterino en los casos de sospecha de ruptura o bien por parto luego de Cesárea, por partos instrumentados o por ser prematuro el feto al nacimiento. El conocimiento de la evidencia puede generar que el personal que atiende partos se abstenga de realizar maniobras sin indicación que pueden generar eventos adversos que a su vez generan conflictos médico paciente.

Palabras clave: revisión uterina, exploración manual, rutina

ABSTRAC:

The manual review of the uterine cavity is a procedure that has become routine in delivery care, the various investigations into the procedure does not promote the realization of it this way but under precise instructions, but it was verified that is mainly in public institutions to the vast majority of patients although there is no indication this is done either by verbal regulations on institutional first and second level, most of the evidence indicates that should be practiced only on indications such as uterine hypotonia, retention of placenta and membranes remains, verification uterine segment in cases of suspected rupture or by birth after Caesarean, by birth or prematurity instrumentados the fetus at birth. Knowledge can generate evidence that staff refrain delivers babies without indication of maneuvers that may generate adverse events that in turn generate patient medical conflicts.

Keywords: uterine examination, manual examination, routine

INTRODUCCIÓN:

La revisión uterina postparto es una práctica que lleva a cabo regularidad a las mujeres, no habiendo en muchos de los casos una indicación clínica para realizarla. En el estado de Oaxaca esta práctica clínica prevalece, no obstante que la evidencia muestra que su implementación puede exponer a las mujeres complicaciones de tipo infeccioso.

Considerando lo anterior el presente artículo pretende mostrar la evidencia de investigaciones que evalúan la tendencia actual en la atención del parto así como Normas Técnicas y Oficiales Mexicanas en las cuales se abordan las indicaciones, riesgos y complicaciones de la implementación de la revisión uterina postparto.

Finalmente se incluyen conclusiones, recomendaciones y sugerencias que benefician la calidad de la atención que se otorga a las mujeres durante el trabajo de parto en el estado de Oaxaca.

La presente revisión bibliográfica referente al uso y/o indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina (RMCU) tiene su origen en los resultados que se obtuvieron en el estudio de diagnóstico realizado por Sachse, Sesia, Pintado y Lastra (2012), sobre la calidad de la atención durante el embarazo parto y puerperio en el primer nivel de atención, en cuanto a la RMCU. En esta revisión se encontró que el procedimiento se realiza en 84% de las pacientes en los hospitales públicos y 85% en los Centros de Salud del primer nivel de atención, cuando en la literatura se reporta que este procedimiento obstétrico sólo debiera realizarse en un 30-40% del total de pacientes. El procedimiento se presupone que sólo se realiza por indicación pero la realidad es que se practica de forma rutinaria pero no se registra en el expediente por ser una maniobra que se considera propia en la atención obstétrica. El realizar este procedimiento en la mayoría de los casos que se practica sin indicación atenta contra la integridad física y emocional de las mujeres, ya que es una intervención dolorosa y muchas veces innecesaria en la práctica clínica obstétrica.

REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA (RMCU)

La revisión uterina postparto es la exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas. Este es un procedimiento que se practica en la mayoría de los casos en el postalumbramiento inmediato. Desde tiempo atrás se han establecido indicaciones para la revisión uterina que van desde su uso rutinario, hasta realizarla sólo cuando después de una revisión cuidadosa de la placenta se observa un alumbramiento incompleto¹. Sin embargo, en la literatura médica se encuentra un consenso acerca de cuáles serían sus indicaciones precisas que van desde un alumbramiento incompleto, revisión de la integridad uterina por sospecha de ruptura, verificar integridad de cicatriz, atonía uterina, nacimiento pretérmino y nacimiento instrumentado. Por otra parte existen indicaciones relativas acerca de realizar le RMCU como

son las malformaciones uterinas y la preeclampsia, en el primero no se tiene correctamente fundamentado por qué realizar este procedimiento ya que no se especifica el sustento científico, solo para corroborar las algunos tipos de alteraciones, si bien la mayoría de estas malformaciones pueden observarse por otros métodos², sin embargo en el caso de la preeclampsia la revisión pudiera ayudar a disminuir la cantidad de trofoblasto que ocasiona la enfermedad de manera que pudiera ayudar en la resolución de la enfermedad³.

Considerando estas indicaciones a que se hacen referencia en la literatura la sumatoria de todas las patologías que implican que es necesario realizar la RMCU de acuerdo con su prevalencia no alcanzaría más del 17% de mujeres, según la revisión de morbilidad materna extrema⁴ el porcentaje de procedimientos no rebasaría el 20%, por tanto cualquier porcentaje del procedimiento que rebase esta cifras está indicando la sobre realización del mismo.

REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA: EVIDENCIAS DE INVESTIGACIÓN.

Se revisaron resultados obtenidos de diversas investigaciones y las observaciones mostraron lo siguiente:

No se encontró en la literatura el momento específico en el cual se decide que este procedimiento deba realizarse de manera rutinaria en la atención del parto, salvo la mención de un médico que al parecer es quien inicia su uso rutinario a partir de 1928⁵. Existen recomendaciones de su realización sistemática en el texto de Dexeus en el tomo III, tratado y atlas de operatoria obstétrica donde menciona que el procedimiento debe realizarse bajo indicación específica o como "maniobra usual de asistencia al parto" mencionando que en su momento en muchos centro obstétricos formaba parte de la normativa habitual, admitiendo que en su centro se practicaba de forma casi sistemática desde 1970 realizándose en 93.4% de las pacientes atendidas. También hace mención que desde 1928 se adopta su realización sistemática⁵ entre los obstetras. Menciona como principales ventajas que el útero queda completamente limpio, que se asegura la integridad del órgano, permite un masaje al mismo tiempo de la revisión con lo que se asegura el tono y disminuye la hemorragia luego del procedimiento, cabe aclarar que en la institución mencionada todas las pacientes cuentan con analgesia ya que es una regla, así mismo que el riesgo infeccioso se minimiza con medidas de asepsia y antisepsia así como el uso correcto de antibióticos en los casos de riesgo.

En un estudio realizado por Epperly⁶, en el que se estudiaron a 320 pacientes que tuvieron nacimientos vaginales sin complicaciones (185 con exploración y curetaje con gasa y 135 sin exploración) para diferenciar complicaciones referentes a hemorragia postparto, infección postparto y percepción de dolor los resultados no demostraron diferencias significativas entre estos dos grupos en hemorragia postparto, conteo de células blancas en el postparto y fiebre postparto durante los tres días de hospitalización luego del nacimiento. Todas las pacientes fueron seguidos durante seis semanas. De ellas cinco (2.7%) de 185 pacientes del grupo que se exploró regresaron por complicaciones de

hemorragia postparto; sólo una requirió admisión hospitalaria. Ninguna paciente del otro grupo tuvo complicaciones. La percepción de las pacientes del dolor fue significativamente alta en el grupo explorado con respecto al grupo control. Este estudio revela que la exploración uterina postparto de rutina y el curetaje con gasa del útero es un procedimiento doloroso que no está clínicamente indicado para reducir el riesgo potencial de hemorragia postparto o endometritis y es innecesario seguirlo de rutina al nacimiento vaginal.

En México un reporte del Hospital Nacional Homeopático de 1991 del Dr. Zúñiga⁷ cataloga la revisión manual como un procedimiento benéfico para la paciente ya que se realiza un procedimiento preventivo de complicaciones inmediatas o tardías durante el puerperio, debido a la retención de restos ovulares que no se diagnostican en forma oportuna, evitando así el riesgo que ello implica para los pacientes que presentan hemorragia que les lleva a las complicaciones como la infección puerperal, con consecuencias tan graves como la histerectomía o la muerte, o bien tener que someterse a una cirugía en malas condiciones, además de los costos adicionales administrativos que implican la cirugía y los costos de los derivados de la hospitalización, 1.205 pacientes fueron estudiadas, de ellas a 1.155 se le practicó la revisión de la cavidad uterina, sólo uno de los casos desarrolló complicaciones irrelevantes para el proceso, que consiste en fiebre, subinvolución uterina y hemorragia anormal. En cincuenta pacientes no se revisó la cavidad uterina, catorce pacientes experimentaron hemorragia mayor que lo normal e hipotermia dos a cinco días después de ser egresadas, causadas por la presencia de restos ovulares, que requirieron hospitalización posterior. Una paciente experimentó inflamación del peritoneo debido a la presencia de restos placentarios.

En un estudio de más reciente una serie de casos prospectiva, transversal y comparativa de Alvirde¹ en el año 2008 en el que se incluyeron 130 pacientes cursando puerperio inmediato y con embarazos de 37 semanas de gestación o mayor. Estas fueron divididas aleatoriamente en dos grupos. A las mujeres del grupo I (65) se les realizó la RMCU de manera rutinaria, siguiendo las técnicas convencionales de asepsia y antisepsia. A las del grupo II (65) no se les realizó. Ambos grupos fueron citados para valoración en la primera y sexta semana posterior al evento obstétrico en busca de infección puerperal y otras complicaciones. Se encontró que no hubo diferencias entre ambos grupos en relación a edad, número de gestaciones y edad estacional. Las complicaciones se presentaron en tres pacientes (4.61%) del grupo I y en una (1.53%) del grupo II. La investigación concluye que la RMCU en el postparto inmediato no debe realizarse de manera rutinaria, ya que no existe diferencia en cuanto a la presentación de complicaciones, corroborando los hallazgos obtenidos en el año 1983 en la revisión de Berger y cols⁸.

En 1991 se presentaron los resultados de un estudio prospectivo realizado en 100 pacientes que asistieron a Maternidad del Hospital Central de Valencia⁹, en los meses comprendidos entre octubre de 1988 y enero de 1989, las cuales se dividieron en dos grupos de 50; a un grupo se le realizó revisión manual endouterina y el otro fue un grupo control donde no se realizó la maniobra. La mayor frecuencia de endometritis

puerperal se presentó en las pacientes a quienes se realizó la revisión manual endouterina. Las formas clínicas más frecuentes de infección postparto, fueron: endometritis puerperal, episiorrafia infectada y loquios fétidos.

En otro estudio realizado por la Dra. Walker y colaboradores en 2011 en el reporte ejecutivo del Instituto Nacional de Salud Pública encontraron en la evaluación de proveedores de salud del primer nivel de atención (personal no médico, parteras profesionales técnicas y enfermera obstetras), que en centros de salud rurales a el 47% de las pacientes se le realizaba de forma rutinaria la RMCU porque existía una normativa institucional para realizarlo. Otra razón que objetaron para realizar la RMCU fue la prevención de endometritis, sin que esto tuviera justificación o fundamento de acuerdo con las recomendaciones de la OMS en cuanto a la atención del parto. También se hace mención en el análisis que este es un procedimiento que se usa ampliamente y es innecesario; nuevamente, se encontró que es una práctica estadísticamente significativa y comúnmente realizada más por los Médicos Generales y las Enfermeras Obstétricas¹⁰.

Según el estudio realizado por Sachse y cols sobre la calidad de la atención durante la maternidad en centros de salud públicos, se encontró que a un porcentaje alto de mujeres (84% en los hospitales públicos y 85% en los CS) se les realizó la revisión de cavidad uterina. Estos datos generan confusión porque muchos especialistas y expertos niegan que esta maniobra se siga realizando en la prestación de la atención obstétrica. También vale la pena mencionar que cuando se les preguntó a las mujeres sobre este procedimiento, muchas refirieron que “les dolió más que la salida del bebé”, mostrando que se trata de una práctica que atenta contra la integridad física y emocional de las mujeres, ya que se les está practicando una intervención de rutina muy dolorosa y en ocasiones innecesaria en la clínica obstétrica. En ese mismo estudio se le preguntó a los responsables de los centros de salud de primer nivel rurales que si atienden partos bajo qué circunstancias realizaban la RMCU y porque. El 45% respondió que lo hacía siempre para verificar que no hubiera restos placentarios y/o para prevenir hemorragias, el 35.7% respondió que a veces, justificándolo con los mismos motivos antes mencionados. El resto de los encuestados no supo responder. Como se pudo observar no existe realmente un consenso en cuanto a cuando si o cuando no se debe de hacer la RMCU y queda en evidencia que casi en la mitad de los casos lo hacen de forma rutinaria¹¹.

En un estudio realizado por Sesia 2011 sobre el manejo de las emergencias obstétricas y del segundo y tercer periodo de trabajo de parto en el hospital general de la ciudad de Oaxaca se pudo observar que la RMCU se realiza en un 85% de los casos según los comentarios de los observadores y de algunos gineco-obstetras que prefieren que realice a que exista el riesgo de una complicación por retención de restos¹².

Revisión bibliográfica e indicaciones para realizar la RMCU

El libro *Obstetricia* de Williams únicamente aborda el tema de la compresión bimanual del útero, lo cual se utiliza cuando la hemorragia no

responde o no disminuye con la administración de oxitócicos, dicha maniobra consiste en un masaje de la cara posterior del útero con la mano abdominal y un masaje a través de la vagina, cara anterior del útero, con la otra mano¹³.

También habla sobre la técnica de la extracción manual de la placenta o de los restos placentarios, para lo cual especifica que es necesaria la administración de analgesia o anestesia adecuada. Empleando las técnicas quirúrgicas de asepsia necesarias. Se toma el fundus del útero a través de la pared abdominal con una mano, la otra se introduce en la vagina y entra en el útero, a lo largo del cordón umbilical. Tan pronto se alcanza la placenta, se localiza su margen y el borde cubital de la mano debe insinuarse entre la placenta y la pared uterina. Entonces con la cara posterior de la mano en contacto con el útero, la placenta se desprende de su fijación con el útero por medio de un movimiento similar al empleado para separar las hojas de un libro. Después de la separación completa, debería tomarse la placenta con la mano entra y retirar poco a poco. Las membranas se quitan al mismo tiempo con el raspado suave en la decidua. Usando un fórceps anular para raspar si es necesario. Algunos obstetras prefieren limpiar la cavidad uterina con una gasa¹³.

En el tratado de Dexeus se describe que la RMCU exige cuidadosas medidas de asepsia como cambio de guantes recolocar material estéril y volver a utilizar antiséptico en la región vulvoperineal, se introduce una mano en la cavidad uterina y la otra detiene el fondo realizando un registro por las paredes anterior, posterior y laterales al mismo tiempo de un minucioso exámen del cuerpo en búsqueda de soluciones de continuidad con revisión intencionada a nivel del segmento inferior con el pulgar para identificar lesiones⁵.

En el Manual de Ginecología y Obstetricia Aplicada¹⁴ la única sección que habla sobre la RMCU es durante la atención del alumbramiento. Especifica que esta maniobra solo se debe de realizar una vez habiendo revisado la placenta, sobre una charola y secando con una gasa la cara materna buscando la ausencia de cotiledones. Dice que la RMCU se debe realizar, manualmente o instrumentada, en pacientes con sospecha de retención, cesárea previa, sospecha de ruptura uterina, parto pretérmino, óbito y corioamnionitis. Pero en ningún capítulo se encontró que dicha maniobra se debe de hacer de forma rutinaria en todos los partos.

La Norma Oficial Mexicana 007 de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en el apartado 5.4.4. dice a la letra¹⁵: «para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario». De ninguna manera menciona que la RMCU deba ser un procedimiento a realizarse de

manera rutinaria. Así mismo en la NOM 168 del expediente clínico se menciona que todo procedimiento de tipo invasivo debe ser registrado en el expediente, situación que no ocurre en la mayoría de los casos¹⁶.

La Guía de Práctica Clínica, vigilancia y manejo del parto, evidencias y recomendaciones, de la Secretaría de Salud 2009 especifica en el apartado 2 “preguntas a responder por esta guía” la pregunta número 8 dice “¿Está indicada la revisión de cavidad uterina (RCU) en forma rutinaria posterior al alumbramiento?”¹⁷ Curiosamente cuando uno busca una respuesta a esa pregunta se da cuenta que la palabra RMCU no vuelve a aparecer en todo el documento, no existe respuesta alguna al planteamiento hecho, por lo que la pregunta sigue sin responderse sin especificar si es por falta de material de investigación o bien porque no se cuenta con evidencia que afirme o rechace tal situación. En este manual se especifica que la RMCU solo se debe de hacer en caso de extrema urgencia y por personal capacitado, también especifica que la RMCU es un de las principales causas de sepsis puerperal.

Por otro lado la OMS en 1985, en una reunión que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Región Europea, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud, establecieron una serie de recomendaciones basadas en prácticas similares (WHO 1985). Al respecto, la exploración manual de rutina del útero después del parto fue catalogada como un procedimiento clasificado en la categoría B: «Actos que son claramente dañinos o inefectivos y deberán ser eliminados» así como dentro de la categoría D: «Actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea»¹⁸.

DISCUSIÓN

Considerando la bibliografía revisada podemos decir que la RMCU es un procedimiento que si bien en los años 80 y 90 fue un utilizado de forma rutinaria al momento actual con la evaluación de la nueva evidencia la recomendación es que se realice sólo por indicación ya que aporta escaso beneficio a la disminución de hemorragia postparto y favorece la aparición de cuadros infecciosos principalmente fiebre puerperal, podemos comentar que si la RMCU no tiene una indicación médica y dicha maniobra no es registrada en el expediente clínico se puede tomar como una omisión en el llenado del expediente médico según lo que establece la NOM 168 esto principalmente porque el procedimiento puede generar una complicación posparto lo que puede ocasionar que se interprete esta omisión como falla en la atención de la paciente, o falta de conocimiento lo cual es causa directa de un evento adverso (caso de no existir indicación).

Este procedimiento si bien es cierto que no ha generado aún conflictos dentro de la atención, no se sabe desde que momento se convirtió en una rutina dentro de la atención del parto, probablemente en los años 90 con la lectura de los textos que mencionan que el procedimiento funcionaba como preventivo de hemorragias sin considerar otras condiciones, pero en el momento actual parece ser una maniobra para enseñanza de médicos en formación y que a su vez se hace como me-

dicina defensiva tratando de prevenir eventos que en muchas de las ocasiones no han de suceder, puesto que el hallazgo de una placenta incompleta se encuentra hasta en un 30% de los casos, no existe justificación para que el porcentaje de revisiones alcance una cifra mayor, los casos de hemorragia obstétrica se encuentran con prevalencias que van del 3.5 al 7%. Los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y en la etapa de formación de los médicos son de mucha solidez, por ello en el momento en el que se hace evidente que son obsoletos o que no generan el beneficio esperado generan inconformidad entre sus poseedores rehusándose en muchos de los casos a abandonar estas prácticas a menudo en medicina se observa estos ejemplos, la RMCU es una de ellas.

Es cierto que no se cuentan con estudios bien llevados en la cuestión metodológica para dilucidar qué tan benéfico es ya que son series pequeñas de pacientes en las que se recomienda la no realización de forma rutinaria, si es conveniente revisar las indicaciones de la realización del procedimiento y registrarlo en los expedientes para poder determinar hasta donde las complicaciones pueden ser generadas por este evento y así poder contar con una mejor evidencia que refuerce lo descrito, basándonos en la mejor evidencia médica para la toma de decisiones.

Los eventos adversos en ginecoobstetricia son el principal motivo de inconformidad en la atención de la embarazada y surge la preocupación de que en nuestro país, las quejas y denuncias ante ministerio público se han incrementado de manera notoria pero no se ha tratado de hacer del conocimiento del personal que atiende partos en el primer y segundo nivel que este procedimiento de acuerdo con la evidencia no debe ser realizado a menos que se cuente con una indicación precisa, debe ser realizado por médicos entrenados y bajo condiciones que minimicen el dolor en la paciente, ya que si bien no brinda ningún beneficio genera incomodidad por el dolor que se genera con la maniobra.

Conclusiones y recomendaciones

La tendencia actual acerca de practicar la revisión de cavidad uterina es en función de la indicación que se tenga, no se promueve su uso de forma rutinaria, por lo que se aconseja que, de ser necesaria, la revisión uterina sea realizada en las siguientes situaciones:

1. Retención de fragmentos placentarios o membranas.
2. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesárea anterior.
3. Presencia de hemorragia uterina postparto.
4. Parto pretérmino.
5. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
6. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
7. Parto fortuito.
8. Óbito.

De preferencia en todos los casos bajo sedación o analgesia obstétrica, salvo que se trate de una emergencia obstétrica y deba realizarse.

Se debe instaurar un consentimiento informado acerca del procedimiento y las complicaciones derivadas del mismo así como la necesidad de realizarlo, por otra parte deberá ser anotado en el expediente clínico de la paciente, para dar formal cumplimiento a la normativa.

Bibliografía:

- 1.- Alvirde-Álvarez O, Rodríguez-Aguñiga R. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. Arch Inv Mat Inf 2009;1(2):58-63.
- 2.- Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AAA, Hurd WW, Romero R. Third stage of labor: Analysis of duration and clinical practice. Am J Obstet & Gynecol Vol 172, (4); 1279-1284, Ap 1995.
- 3.- Botella Llusá J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. 14ª edición. Ediciones Díaz de Santos. Madrid: 1993. Capítulo 34: Parto pretérmino y embarazo posttérmino. p:440.
- 4.- Calvo-Aguilar O, Morales-García VE, Fabián-Fabián J. Morbilidad materna extrema en el hospital general "Dr. Aurelio Valdivieso" de los Servicios de Salud de Oaxaca. Ginecol Obstet Mex 2010;78 (12): 660-668.
- 5.- Carrera-Maciá JM. Revisión uterina en profilaxis y tratamiento de las hemorragias del alumbramiento y postparto. En Dexeus JM Tratado de obstetricia Dexeus Tomo III Tratado y atlas de operatoria obstétrica. Salvat editores 1988. Pag 340-342.
- 6.- Epperly TD, Fogarty JP, Hodges SG. Efficacy of routine postpartum uterine exploration and manual sponge curettage. J Fam Pract. 1989 Feb;28(2):172-6.
- 7.- Zúñiga C, Fernández Nava J, Alvarez Meza P, Vargas García C. Systematic examination of the uterine cavity after parturition. Ginecol Obstet Mex. 1991 Aug;59:243-5.
- 8.- Berger E, Gillieson M. Puerperal febrile complications and puerperal flora following elective manual exploration of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1981; 139: 320-323
- 9.- Agreda Y, Abdallah M, Briceño B. Influencia en la revisión manual endouterina sobre la aparición de endometritis puerperal. Revisión de la literatura y experiencia nacional. PCM 1991; 5(3): 53-58
- 10.- Walker D, DeMaria LM, Campero L, González D, Suárez L, Romero M. El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad. Resumen ejecutivo. INSP 2011.
- 11.- Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra X. Revisión de la calidad de la atención en el primer y segundo nivel de atención en los Valles de Oaxaca. En prensa.
- 12.- Sesia P. Manejo de las emergencias obstétricas en el segundo nivel de atención en Oaxaca. En prensa.
- 13.- Cunnhigam G, Leveno KJ, Hauth JC, Blomm SL. Trabajo de parto y parto normales en Obstetricia de Williams. Vigésimo tercera edición. Edit Connecticut: Appleton & Lange 2008.
- 14.- Ahued-Ahued JR, Bailón-Uriza R, Fernández del Castillo C. Atención del parto normal en Manual de Ginecología y Obstetricia Aplicada. Editorial manual moderno 2002.
- 15.- 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.
- 16.- Norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998, del expediente clínico.
- 17.- Guía para la vigilancia y manejo del parto. México. Secretaria de salud 2009. En www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc
- 18.- Appropriate technology for birth. WHO. The lancet 1985; 2:436-437.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. AURELIO VALDIVIESO", S.S.O. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA OAXACA

Calvo Aguilar Omar *, **Morales García Víctor E****, **Fabián Fabián Jaime*****

* Médico ginecoobstetra, subespecialista en Medicina Materno Fetal, adscrito a la División de Ginecología y Obstetricia.

** Médico ginecoobstetra, jefe del servicio de Ginecología.

*** Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca.

* Artículo premiado con el tercer lugar al trabajo científico Dr. Luis Castelazo Ayala presentado en el LXI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia 2010.

Este artículo debe citarse como: Calvo-Aguilar O, Morales-García VE, Fabián-Fabián J. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78 (12):660-668.

Artículo publicado en la revistas Ginecología y Obstetricia de México 2010.

RESUMEN

Antecedentes: la morbilidad obstétrica extrema es un prometedor complemento a la investigación de muertes maternas que se utiliza para evaluar y mejorar los servicios de salud materna. Se trata de una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer embarazada y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre.

Objetivo: identificar las principales determinantes de la morbilidad obstétrica extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca.

Material y método: estudio observacional, transversal, de revisión de expedientes de tipo analítico. Se buscaron los códigos relacionados con los padecimientos que pudieron originar la morbilidad obstétrica extrema y las causas indirectas que pudieron ocasionarla.

Resultados: la prevalencia de morbilidad obstétrica extrema fue de 2.1%. Las comorbilidades más frecuentes fueron: eclampsia, insuficiencia hepática y preeclampsia que dieron la razón de momios y la significación estadística más altas. La asociación de morbilidad obstétrica extrema derivada de la intervención quirúrgica, a pesar de tener una prevalencia alta, se mostró como un factor protector. Hubo otras variables asociadas pero no tuvieron significación y sus intervalos de confianza estuvieron por debajo de la unidad, como sucedió con la insuficiencia renal y metabólica y la transfusión sanguínea.

Conclusiones: la morbilidad obstétrica extrema tuvo una prevalencia similar a la reportada en otros países. Casi siempre la originan enfermedades específicas (FLASOG): preeclampsia, eclampsia y hemorragia obstétrica. Las enfermedades del grupo de insuficiencia orgánica fueron menos frecuentes pero su asociación con la morbilidad obstétrica extrema fue más significativa. Las agrupadas en el rubro de intervención no tuvieron significación estadística.

Palabras clave: morbilidad obstétrica extrema, embarazo complicado, complicaciones del embarazo.

ABSTRACT

Background: *Obstetric Morbidity Extreme (OME)* is a promising addition to the investigation of maternal deaths and is used for the evaluation and improvement of maternal health services is defined as a severe obstetric complication that threatens the life of the pregnant woman and requires urgent medical intervention to prevent death of the mother.

Objectives: To identify association between diseases and obstetric morbidity Extreme.

Material and methods: Transversal review analytical records.

Results: The prevalence of OME 21 per 1000 newborns, diseases with greater association were eclampsia, liver failure and preeclampsia yielded the highest OR and statistical significance, the association of OME derived from surgery despite having a high prevalence in the analysis showed no association, in the same way if other variables showed association but had no significance and confidence intervals are below the unit that is the case of renal failure, metabolic failure and blood transfusion.

Conclusions: The OME is caused by group entities specific disease (FLASOG) in most cases such as preeclampsia, eclampsia and obstetric hemorrhage

Keywords: *Obstetric Morbidity Extreme, complicated pregnancy, complications of pregnancy*

INTRODUCCIÓN

Los eventos adversos durante el embarazo, el parto o el puerperio desencadenan una serie de consecuencias económicas, sociales y psicológicas, por lo que se considera una situación de catástrofe, se sabe que la gran mayoría de mujeres afectadas, proviene de medio socioeconómico bajo. En el caso de México, los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano se encuentran en los Estados de Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca. Según datos oficiales, estos lugares presentan altas tasas de mortalidad materna¹, considerándose ésta “la punta de un iceberg”, con lo cual se pretende decir que la morbilidad materna equivale a la base amplia y que aún no se ha descrito en gran medida debido a que los estudios hospitalarios son limitados, principalmente porque su diseño, ejecución y análisis son difíciles. (2)

La prevalencia de morbilidad difiere en los países en vías de desarrollo con respecto a los países desarrollados, en el Reino Unido es de 12.0 por cada 1000 nacimientos³, en los países en desarrollo la cifra es cuatro veces mayor y aún puede incrementarse debido al subregistro. Las complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad, además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia y la calidad en la atención es deficiente.

La identificación de casos con Morbilidad Obstétrica Extrema (MOE) o Morbilidad Materna Extrema es un prometedor complemento a la investigación de muertes maternas y es usado para la evaluación y mejora de los servicios de salud materna ya que se presentan en mayor número que los casos de mortalidad, permitiendo mejores conclusiones acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención. El aprendizaje en el manejo de los casos que sobrevivieron puede ser usado para evitar nuevos casos de muerte materna, identificar factores de riesgo o situaciones similares, así como mejorar conducta y manejo de pacientes. Los elementos derivados del análisis de la MOE son de mejor comprensión para el personal de salud (“manejo exitoso de la paciente”) que los de muerte materna. También pueden ser usados como punto de partida para las evaluaciones de los servicios de salud y en países en desarrollo se utiliza como valoración de la calidad de los programas de maternidad segura a nivel poblacional o para estudio de casos. (4,5)

En los estados que tienen los primeros lugares a nivel nacional en muerte materna es importante realizar el análisis de los factores que contribuyen a esta condición, en los últimos 10 años el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, S.S.O. tiene tasas consideradas a nivel mundial como muy altas de mortalidad materna, de manera que la revisión de los casos de morbilidad obstétrica extrema sirve como punto de partida para evaluar el fenómeno de mortalidad materna en la Institución.

La definición de la morbilidad obstétrica es crucial para establecer los parámetros de evaluación de la MOE, la Organización Mundial de la

Salud define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, las omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores. La definición de MOE según RC Pattinson es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la gestante y que requiere de una intervención médica urgente con el fin de prevenir la muerte de la madre (3). La definición está claramente vinculada a la atención de la salud por el sistema e implica que toda la morbilidad se puede prevenir. Este enfoque incluye las definiciones basadas en el manejo, clínica, órganos y sistemas, sin embargo no hay un estándar de oro para definir la morbilidad obstétrica extrema, y dependerá del contexto local (4, 5).

La prevalencia de MOE va en paralelo a tasas de mortalidad materna, en los países desarrollados la prevalencia varía entre 0,05 y 1,7%, en los países en vías de desarrollo, la prevalencia oscila entre el 0,6 y el 8,5%(9), en una revisión sistemática de 30 estudios en 2004, encontraron que dentro de las diferentes definiciones de la morbilidad la prevalencia osciló entre el 0,8 y 8,2% para la enfermedad de criterios específicos, el 0,4 y 1,1% para órganos basado en el sistema de criterios y el 0,1 y 3% para los estudios con criterios basados en la resolución (6, 7, 8).

OBJETIVO

Identificar las patologías obstétricas que tienen mayor asociación con Morbilidad Obstétrica Extrema durante el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de de tipo transversal en el que se revisaron los expedientes clínicos del total de mujeres atendidas por embarazo en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, S.S.O. en el periodo de enero a diciembre de 2009. Se identificaron los casos de morbilidad obstétrica extrema de acuerdo a los criterios de la FLASOG (enfermedad específica, falla orgánica e intervención). Se realizó estadística descriptiva de las variables poblacionales con análisis en búsqueda de asociación de las patologías para MOE. Al ser más de dos variables independientes se decidió con base en la variable dependiente de tipo binaria realizar regresión logística para identificar cuál de las determinantes tiene mayor asociación y significancia estadística con MOE, este análisis se realizó en el programa SPSS 10 por modelo de regresión logística. Se buscaron los códigos relacionados a la patología que puede desarrollar MOE (preeclampsia severa, eclampsia, síndrome Hellp, preeclampsia leve, ruptura uterina, hemorragia posparto, sepsis puerperal, histerectomía posparto, histerectomía poscesárea, etc), así como las causas indirectas que pueden ocasionarla en el sistema de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud decima revisión (CIE10), identificando aquellas que cursaron con algún tipo de morbilidad relacionada al embarazo parto y puerperio, las que

presentaron MOE se agruparon y obtuvieron los datos para estadística descriptiva en un formulario diseñado para este fin en base de datos de SPSS-10. Se clasificaron como sigue: GRUPO I.- ENFERMEDAD ESPECÍFICA. Se refiere a los signos y síntomas de una entidad patológica ya descrita, incluye las morbilidades: preclampsia severa (incluido HELLP), eclampsia, choque séptico y choque hipovolémico. GRUPO II.- FALLA ORGANICA. Disfunción de un sistema orgánico no relacionado directamente con el que sufrió la lesión inicial, incluye las siguientes entidades: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria y de coagulación. GRUPO III.- INTERVENCION. Se refiere al manejo instaurado a la paciente y/o intervención diferente de los procedimientos habituales que requirió como terapéutica para resolver una complicación, se incluyen aquellas intervenciones quirúrgicas de emergencia en el postparto, postcesárea, o postaborto, transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionada con evento agudo que no sean originadas por los dos grupos anteriores.

RESULTADOS

En el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, S.S.O. durante el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del 2009 fueron evaluados un total de 9,178 expedientes de embarazadas, concluyendo con recién nacido vivo en 85.4% de los casos (7,845 pacientes), el restante 14.6% correspondió a 1,233 casos en los que el embarazo fue concluido por pérdida gestacional temprana (mola, embarazo anembriónico, aborto espontáneo, etc.) o finalizado con óbito. Del total de nacidos vivos el 66% fue resuelto por parto y el 34% por cesárea. De los resueltos por vía vaginal el 1.4% fueron distócicos por presentación pélvica, mala presentación/posición fetal o gemelar, que requirieron aplicación de fórceps o maniobras para el nacimiento. Se identificaron 3,596 expedientes en los que se documentó algún tipo de morbilidad, con prevalencia de 450 por cada 1,000 embarazos (45%), de ellos 164 reunieron criterios para MOE con prevalencia de 2.1%, la probabilidad de sufrir complicación obstétrica extrema es de 21 por cada 1000 mujeres gestantes que ingresaron al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, S.S.O. en el año 2009. Al realizar la clasificación de acuerdo con criterios de la FLASOG el 60.37% de los casos de MOE correspondió al grupo de Enfermedad Específica con prevalencia de 1.26%, el 25% de los casos a Manejo con prevalencia de 0.52% y el 14.63% de los casos a Falla Orgánica con prevalencia de 0.3% como se ve en la tabla I. La relación que guarda la MOE con respecto a los 11 casos de Mortalidad Materna ocurridos en el hospital durante este mismo año nos da una razón de 14.9 casos de morbilidad obstétrica extrema por cada muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio.

La media de la edad en las pacientes con MOE fue de 26.6 años con un rango de 15 a 44 años, el grupo de edad más afectado fue menores de 20 años con 28%, seguido del grupo 21 a 25 años con 24%, el grupo etario con menor afectación fue el de 41 a 45 años con 3%, seguido del grupo de 26 a 30 años con 11%. Más de la mitad de las mujeres afectadas correspondió a menores de 25 años. En relación al número de gestaciones la mediana fue de 2 con rango de 11, el 46% de las pacientes cursaba con el primer embarazo cuando ocurrió el evento adverso, con el segundo embarazo 20% de las pacientes, con tercer embarazo 10% de las pacientes y el 24 % de los pacientes cursaban con 4 o más gestaciones, fueron en menor proporción con 15% las grandes múltiparas las que menos complicaciones presentaron.

	N° de casos	%	Edad gestacional		N° consultas totales		N° Consultas 1er. Trim		Días en UCI		N° de Transfusiones	
			Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Enfermedad específica	99	60.37	36.19	3.92	4.49	2.38	0.8	0.65	0.58	1.9	0.73	2.18
Falla orgánica	24	14.63	33.25	6.23	3.83	2.63	0.71	0.55	1.04	2.96	1.08	2.32
Manejo	41	25.00	36.05	5.5	4.85	2.66	0.98	0.79	0.56	1.38	2.49	3.16
Total de casos	164		35.73	4.81	4.52	2.48	1.21	0.45	0.64	1.97	1.22	2.57

La escolaridad de las pacientes con MOE mostró que el 44% de ellas cursó con primaria o algún grado de primaria, el 29% cursaron con secundaria o algún grado de la misma y sólo el 15% de las paciente tenía un nivel medio superior o más (preparatoria o carrera técnica con 21 casos y 6 casos con escolaridad de profesional o universitaria) y el 11% no tenía ningún grado de escolaridad, de manera que el 84% de las pacientes cursaron estudios menores a tercer grado de secundaria.

El control prenatal que llevaron las pacientes de MOE fue deficiente en la mayoría de los casos, más de la mitad de ellas (55%) acudieron a una consulta de control prenatal durante el primer trimestre, con dos consultas 12% de las pacientes y sólo el 1% con tres consultas, el restante 32% de las pacientes no visitaron algún médico durante primer trimestre. El 87% de las pacientes tuvieron una o menos consultas de control prenatal en el primer trimestre. El control prenatal posterior al primer trimestre mostró que 20 pacientes (12%) no acudieron a consulta prenatal, mientras que la media de consultas recibidas fue 4.5 consultas por paciente. El 45% tuvieron control prenatal irregular (cuatro o menos consultas), el restante 55% presentó control prenatal regular con 5 o más consultas durante el embarazo.

La media de la edad gestacional al momento de la finalización del embarazo fue de 35.70 semanas con desviación estándar de 4.81, las complicaciones ocurrieron en la mayor parte en embarazos a término de 37 a 40 semanas con el 52% de los casos, seguido por las gestaciones de 33 a 36 semanas en el 30% de las pacientes, mientras que en el grupo de 40 semanas y más sólo se concentró el 2% de los casos. La media de la edad gestacional en la que se presentó la complicación fue de 35.7 semanas de gestación, en total más del 90% de los casos ocurrieron en la etapa de viabilidad fetal entre las 29 y 40 semanas.

En lo referente a la etapa de trabajo de parto en que se presentó la complicación, encontramos que el 55% de los casos fue ante parto, 12% se presentó durante el trabajo de parto, en el 31% la complicación se presentó postparto y el 2% no fue aplicable porque se trató de embarazo molar, embarazo ectópico o no fue finalizado el embarazo en el momento en que ocurrió la complicación. De los casos de MOE que sí finalizaron, la vía más utilizada fue abdominal (Cesárea) con 80% de las pacientes, la resolución por parto se dio en el 13% de las pacientes, el 6% se finalizó por legrado o no se concluyó el embarazo en el momento en que se presentó la morbilidad que corresponde a 10 casos. El 29% de las pacientes con MOE requirieron de cirugía adicional siendo la más frecuente histerectomía por complicaciones luego de la cesárea con 22 pacientes, a ocho pacientes se le realizó legrado instrumentado y en otras cirugías nueve pacientes a las que se realizó aspirado manual endouterino, debido principalmente a retención de fragmentos placentarios.

La Unidad de Cuidados Intensivos reportó que sólo 26 pacientes correspondientes al 16% de MOE fueron admitidas y 138 pacientes que representan al 84% se manejaron fuera de ella, el promedio de estancia fue 4.0 días, la estancia en días totales de hospitalización fue en promedio de 7.3 días, mientras que la estancia en promedio del Servicio

de Obstetricia fue de 1.8 a 2 días de estancia.

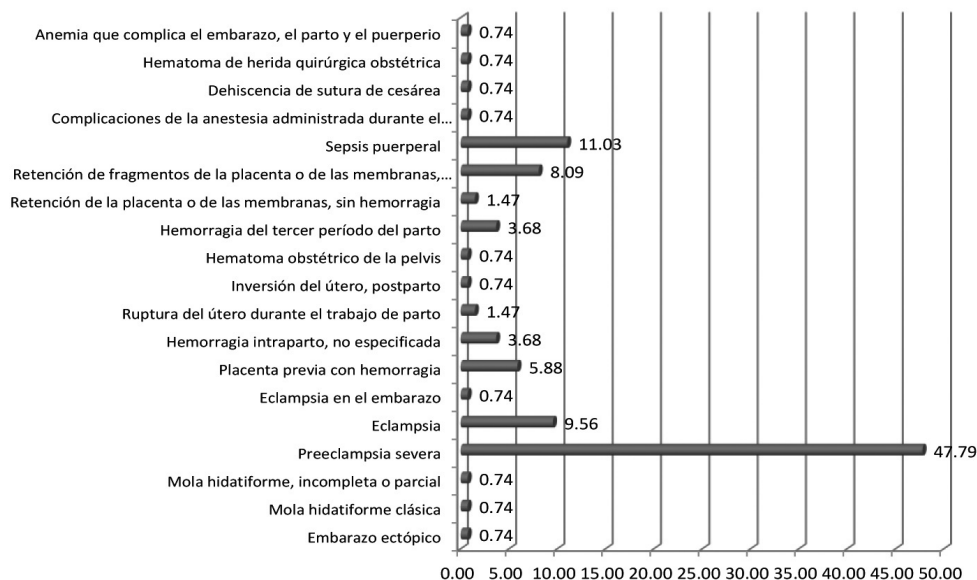
El resultado perinatal de los casos de MOE fue aceptable, la mayor parte de los recién nacidos fueron vivos con un total de 146 que corresponden al 89%, se obtuvieron ocho recién nacidos muertos que corresponden al 5%, el resto (6%) no aplica ya que son casos de mola hidatiforme, embarazo ectópico o no fue concluida la gestación en el momento de la complicación.

El Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso", S.S.O. es de alta concentración y es el medio resolutivo del Estado, por lo que la mayoría de pacientes son referidas de otras unidades de segundo nivel. De los 164 casos detectados el 65% (106 casos) fueron referidos de otras unidades, 35% (58 casos) llegaron de manera espontánea para la atención final del embarazo o bien llevaron control prenatal en esta misma unidad. Al atender a población abierta, la mayoría de los casos son mujeres que no cuentan con protección social, los datos obtenidos indican que de los 164 casos a su ingreso sólo 17 pacientes (10%) contaba con seguro popular, una paciente con régimen especial y 146 pacientes (89%) no contaba con algún régimen de seguridad social.

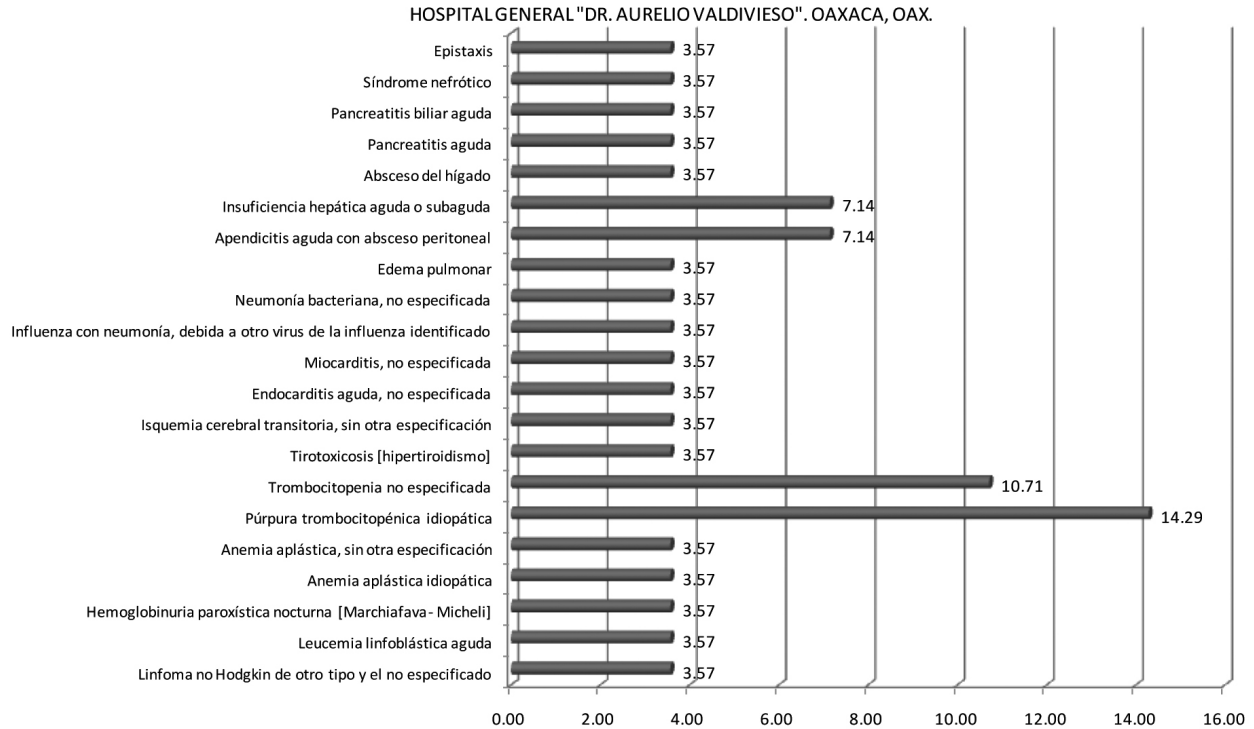
En la Clasificación Internacional de Enfermedades en su decima revisión (CIE-10) se buscaron las patologías relacionadas con embarazo, parto y puerperio, 136 casos fueron morbilidad relacionada con el embarazo y 28 no fueron relacionados al mismo. Respecto a las directamente relacionadas, las principales fueron estados hipertensivos con 79 casos que corresponden al 47.7%, en segundo lugar los trastornos relacionados con hemorragias obstétricas con 17.64% y en tercer lugar sepsis puerperal con 11.09%, como se muestra en la gráfica 1.

De los casos de morbilidad obstétrica extrema de causa indirecta extraídos de CIE-10 fueron 28 casos, la más frecuente fueron los padecimientos hematológicos, siendo la púrpura trombocitopenica idiopática

Causas Directas para Morbilidad Obstétrica Extrema HOSPITAL GENERAL "DR. AURELIO VALDIVIESO". OAXACA, OAX.



Causas Indirectas para Morbilidad Obstétrica Extrema

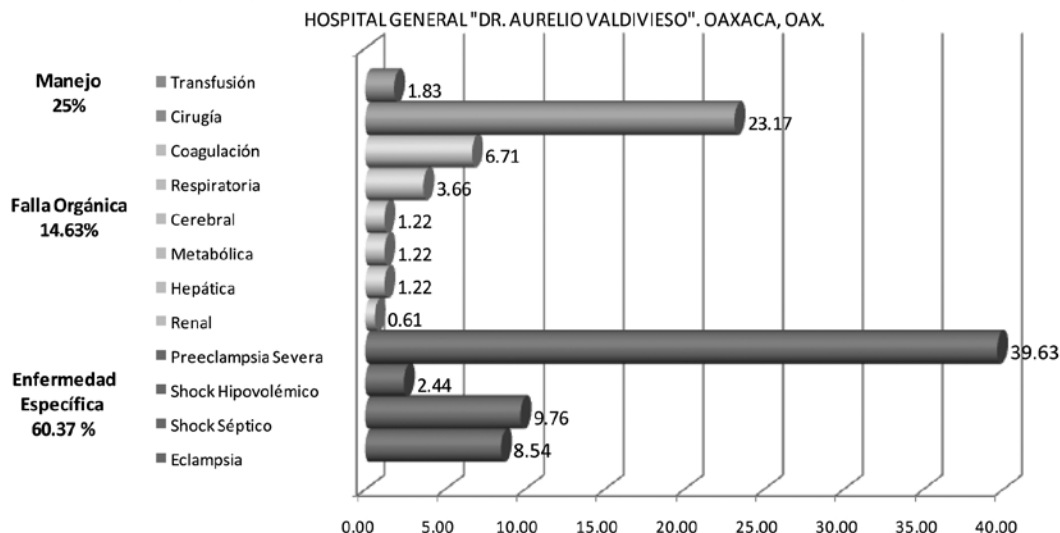


la más citada con el 14.29% (cuatro casos) y la trombocitopenia no especificada con 10.71% (3 casos). Ver la gráfica 2.

Para el análisis se hicieron tres grupos de determinantes: a) causa específica, b) falla orgánica y c) por manejo instalado o realizado en la paciente. Para realizar el análisis del estudio se tomaron en cuenta las morbilidades relacionadas al embarazo de acuerdo al CIE 10. La prevalencia más alta obtenida fue para preeclampsia englobada en enfermedad específica con 39.63%, seguida de la morbilidad asociada a intervención quirúrgica con 23.17%, como tercer causa el choque séptico englobado en enfermedad específica con 9.76%, como cuarta el choque hipovolémico englobado en enfermedad específica con 8.54% y como quinta causa los trastornos de coagulación englobados en falla orgánica con 6.71%, todas las patologías y sus porcentajes se muestran en el gráfico 3.

Se realizó análisis de regresión logística para evaluar la probabilidad de que se presentará MOE para cada una de las determinantes, encontrando la mayor asociación con eclampsia y falla hepática que obtuvieron los OR más altos y significancia estadística, la asociación de MOE derivada de interven-

PREVALENCIA POR PATOLOGÍA MORBILIDAD OBSTÉTRICA EXTREMA



ción quirúrgica a pesar de tener una prevalencia alta en el análisis se mostró como un factor de protección, por otra parte otras variables sí presentaron asociación pero no tuvieron significancia y sus intervalos de confianza están por debajo de la unidad tal es el caso de la falla renal, falla metabólica y transfusión sanguínea; la tabla 2 muestra los resultados.

Tabla 2

VARIABLE	SIGNIFICANCIA	OR	IC 95.0%	
			BAJO	ALTO
M_ECLAMP	.000	36.667	8.395	160.156
M_SS	.492	1.560	0.439	5.551
M_SH	.731	0.764	0.165	3.539
M_PREECL	.009	4.864	1.474	16.049
M_RENAL	.103	9.167	0.637	131.961
M_HEPÁTI	.012	18.333	1.878	178.979
M_METABÓ	.573	0.591	0.095	3.671
M_CEREBR	.021	12.222	1.447	103.202
M_RESPIR	.002	11.000	2.356	51.362
M_COAGUL	.003	8.067	2.068	31.471
M_QX	.030	0.264	0.079	0.882
M_TRANSF	.113	2.584	0.800	8.345
CONST	.000	0.055		

M_ECLAMP (morbilidad eclampsia), M_SS (morbilidad shock séptico), M_SH (morbilidad shock hipovolémico), M_PREECL (morbilidad por preeclampsia), M_RENAL (morbilidad por falla renal), M_HEPÁTI (morbilidad por falla hepática), M_METABÓ (morbilidad por falla metabólica), M_CEREBR (morbilidad por falla cerebral), M_RESPIR (morbilidad por falla respiratoria), M_COAGUL (morbilidad por coagulaci), M_QX (morbilidad quirúrgica). M_TRANS (morbilidad por transfusión)

DISCUSIÓN

La MOE es una forma de evaluar la calidad de atención que se otorga, de manera que se considera un indicador de salud en la población obstétrica. Según estimaciones de la ONU, las complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio, aparecen hasta en un 15% de todos los embarazos. En esta revisión la morbilidad general fue de 45%, tres veces mayor que los reportes en otros estudios, esto debido a que el nosocomio es centro de referencia de todos los hospitales de II nivel y básicos comunitarios con que cuenta el Estado, así mismo, las unidades de primer nivel lo utilizan para referencia de pacientes en las que se detectan complicaciones o factores de riesgo. La prevalencia de MOE en los países desarrollados se encuentra entre 0.05 y 1.7%, en los países en vías de desarrollo la prevalencia oscila entre el 0.6 y el 8.5%, en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, S.S.O. durante el año 2009 la prevalencia fue del 2.1%, este valor es el reportado en otros países en vías de desarrollo e incluso se considera bajo de acuerdo

con los datos de países en África o como Bolivia en América Latina (9), la prevalencia de acuerdo con los criterios de la FLASOG (enfermedad específica, falla orgánica y manejo) mostró en esta revisión datos similares a lo reportado en la literatura a excepción del grupo por falla orgánica en el que la prevalencia fue menor a la reportada de manera internacional.

El grupo principalmente afectado fue de jóvenes (menores de 25 años), en oposición a los reportes que indican que las mayores de 35 son las más afectadas por las complicaciones, esto debido a que en nuestro medio las mujeres inician la reproducción en edades más tempranas, de ahí deriva la presencia de más embarazos y por tanto mayor probabilidad de complicaciones. El 84% de las pacientes cursaron con educación secundaria o algún grado menor a la misma, y el 11% no cuenta con escolaridad alguna, esto refleja lo ya reportado en el año 1990 donde se menciona que el riesgo de morir es ocho veces más para las mujeres sin escolaridad con respecto a las que cursaron la preparatoria, también resalta que el 89% de las pacientes no tenían ningún tipo seguridad social, determinando que la MOE se encuentra ligada también a los grupos más desprotegidos y está íntimamente ligada al grado de desarrollo humano.

De acuerdo con los datos obtenidos, el grupo de enfermedad específica fue el que más contribuyó a la MOE, seguido por el de intervención, ambos similares a lo reportado en la literatura observándose claramente que muchas de las complicaciones tienen que ver con la vigilancia prenatal y la búsqueda intencionada de complicaciones del embarazo, estas mismas enfermedades son las que se encuentran como causa principal de mortalidad materna en el Hospital y en el Estado, pero también se observó que el intervencionismo produce un mayor número de complicaciones, que en su mayoría son resueltas y no tuvo asociación relevante, sin embargo, la cadena de morbilidad que consume personal, tiempo, espacios y material ya fue iniciada, en ocasiones por procedimientos innecesarios como los casos de cesáreas sin indicación.

En el análisis de las patologías que tienen mayor asociación con MOE se obtuvo que la eclampsia y preeclampsia son dos de las que presentaron mayor asociación dentro de la enfermedad específica, mientras que las del grupo de falla orgánica aunque en menor frecuencia tienen altas OR, de manera inversa por la prevalencia de casos que se tuvo de complicaciones derivadas de intervenciones quirúrgicas, esta morbilidad no presentó asociación significativa. En los países en vías de desarrollo la principal complicación del embarazo sigue siendo la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y sus complicaciones, de la misma manera que lo encontramos en el presente estudio, estas entidades contribuyen con el 60% de los casos de muerte materna en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, S.S.O. según el reporte del comité, a diferencia de países de primer mundo donde la primer causa de muerte materna es la hemorragia o trombosis según reportes de la OMS. La púrpura trombocitopénica idiopática fue la más importante

de las causas de falla orgánica con cuatro casos seguida de la trombocitopenia no especificada con tres casos, en el estudio realizado en la República de Jamaica la primera causa no obstétrica fue la enfermedad de células falciformes.(9)

CONCLUSIÓN

La MOE afecta a un importante grupo de pacientes que acuden solicitar atención al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, S.S.O., siendo el principal problema como en muchos lugares del mundo las complicaciones derivadas de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo englobada en enfermedad específica de acuerdo a criterios de la FLASOG y que tiene asociación significativa para MOE.

El grupo de enfermedad específica es el que presenta la prevalencia más alta y todas las patologías que incluye son derivadas del embarazo, mismas que pueden ser susceptibles de identificarse en el control prenatal este es un factor de gran importancia, ya que la mitad de las pacientes no acudió a los servicios médicos para la vigilancia del embarazo y ésta es fundamental para poder identificar complicaciones de manera temprana y así poder intervenir en la historia natural de la enfermedad, La mayoría de los casos se relacionaron con complicaciones del embarazo, parto y puerperio según el CIE 10, de manera que pudieron ser detectadas en etapas tempranas lo que nos habla de deficiencias en esta consulta.

La edad es un factor no modificable, identificamos que la mayor parte de las pacientes con MOE fueron jóvenes menores de 25 años, que la única forma en la que se puede incidir es retrasando el momento del embarazo, la mejor herramienta con que contamos es la planificación familiar. Por otra parte, la multiparidad se presentó en menor proporción de los casos con complicaciones.

Los factores modificables son relacionados al medio sociocultural propio de cada Estado que pueden alterarse para mejorar algunas condiciones, tal es el caso de la escolaridad y la derechohabencia a la asistencia social, ambas situaciones íntimamente ligadas al grado de desarrollo humano del Estado.

Es necesario que las pacientes con MOE sean ingresadas a manejo en las unidades de terapia intensiva e intermedia, la falta de unidad cuidados intensivos exclusiva para las áreas de obstetricia puede incrementar las tasas de mortalidad materna, sólo el 16% de las pacientes tuvieron acceso a este servicio, el resto de las pacientes se manejan en áreas que no son las indicadas y sin el personal capacitado para tal eventualidad, como son las salas de recuperación, habitación para aislados y en ocasiones salas comunes por falta de espacio físico en áreas críticas, por lo que es necesario que todas las unidades hospitalarias que manejen pacientes obstétricas cuenten con la infraestructura física, tecnológica y de recurso humano específica para el manejo de los eventos de MOE.

BIBLIOGRAFIA

1. La Estrategia Nacional para Disminuir la Mortalidad Materna es un avance significativo para garantizar una maternidad segura: UNICEF Mexico, DF, 28 de Mayo de 2009.
2. 26a Conferencia Sanitaria Panamericana 54a Sesión del Comité Regional. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud 2003.
3. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 231–247
4. Oliveira-Neto AF et al. Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal morbidity *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 105 (2009) 252–256.
5. Prual A et al. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull of the WHO*, 2000; 78:593-602.
6. Burchett HE, Mayhew SH. Maternal mortality in low-income countries: What interventions have been evaluated and how should the evidence base be developed further? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 105 (2009) 78–81.
7. Lale S et al. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the Prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) *Reproductive Health* 2004, 1:3.
8. Cecatti et al. Research on Severe Maternal Morbidities and Near-Misses in Brazil: What We Have Learned *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):125–133.
9. Scarlett M. et al. Maternal mortality in patients admitted to an intensive care unit in Jamaica *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 105 (2009) 169–179.

Misión y Visión

Nuestra Misión es brindar atención especializada a las diferencias derivadas de la atención médica, para lograr una entera satisfacción entre pacientes y profesionales de la salud, en un ámbito de respeto, cordialidad, confidencialidad, profesionalismo e imparcialidad.

Nuestra Visión es ser la institución donde se obtiene confianza entre usuarios y profesionales de la salud, para dirimir sus diferencias y lograr una mejor calidad de la atención médica en nuestro estado.



Crespo # 812, Col. Jiménez Figueroa, Centro , Oaxaca, Oax. 68070

Teléfonos: (951) 501-0045 y 501-0055

Lada sin costo: 01 800 23 26 629

Horarios de atención:

Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. y de 17:00 a 20:00 hrs.

Sábados de 9:00 a 14:00 hrs.

Correo electrónico: ceamo.oaxaca@gmail.com

Página web: www.ceamoax.org.mx