

Uso de pulsera roja en una unidad de segundo nivel

Hugo Arturo Carmona Sánchez,¹ Martha Berenice Hernández Miranda,¹
Gabriel Jiménez López,¹ Francisco Carmona Sánchez,¹
Eduardo González Quintanilla,² Edgar Daniel Godínez Tamay¹

Wearing a red wristband in a second level unit

Recibido : 23 de junio de 2021
Aceptado: 01 de julio de 2021

Resumen

Objetivo general: Revisar expedientes de las pacientes embarazadas atendidas de primera vez y registró de uso de pulsera roja en el Hospital Regional ISSEMYM Toluca, durante el periodo comprendido de enero del 2017 a agosto del 2019.

Método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 34 expedientes de embarazadas, que recibieron atención prenatal de primera vez en el Hospital Regional Toluca durante el periodo comprendido de enero del 2017 a agosto del 2019.

Resultados: El rango de edad fue de 20 a 41 años, con una media de 29 años, dentro de los antecedentes ginecobstétricos se registró Gestas: 1 a 4, partos 67.6 % (23), Cesáreas 20.6 % (11), 44 % (15) presentaron placenta previa, correspondiendo 26 % (9) placenta previa marginal y al 3 % (1) a placenta previa baja. El rango de edad de las pacientes embarazadas con placenta previa es de 20 a 34 años, 35 % (12) de las pacientes no presentó el antecedente de cesárea y 12 % (4) cuenta con el antecedente de LUI, solo 9 % (3) contaron con registro de pulsera roja en el hospital.

Conclusión: Los factores de riesgo para placenta previa deberían de ser detectados desde primer nivel, ser oportunamente referidas para una valoración en segundo nivel de forma eficaz y así evitar la morbilidad y mortalidad materna, fortaleciendo la comunicación entre los tres niveles de atención con énfasis en el registro de la estrategia de la pulsera roja.

PALABRAS CLAVE

Embarazo, hospital, mujer

Abstract

General objective: Review files of pregnant patients seen for the first time and registered use of the red bracelet at the ISSEMYM Toluca Regional Hospital, during the period from January 2017 to August 2019.

Method: Observational, descriptive, and retrospective study. 34 records of pregnant women who received prenatal care for the first time at the Toluca Regional Hospital during the period from January 2017 to August 2019 were reviewed.

Results: The age range was from 20 to 41 years, with a mean of 29 years, within the gynecobstetric antecedents, Gestas: 1 to 4, deliveries 67.6% (23), Caesarean sections 20.6% (11), 44% (15) presented with placenta previa, with 26% (9) corresponding to marginal placenta previa and 3% (1) to low placenta previa. The age range of pregnant patients with placenta previa is between 20 and 34 years, 35% (12) of the patients did not have a history of cesarean section and 12% (4) have a history of LUI, only 9% (3) had a red bracelet record in the hospital.

Conclusion. The risk factors for placenta previa should be detected from the first level, be timely referred for a second level assessment in an effective way and thus avoid maternal morbidity and mortality, strengthening communication between the three levels of care with emphasis on registration of the strategy of the red bracelet.

KEY WORDS

Pregnancy, hospital, woman

¹Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, México., México. ²Universidad Nacional Autónoma de México, México.

*Autor para correspondencia: emb.altoriesgo@gmail.com ORCID: 0000-0002-9660-2799.

Introducción

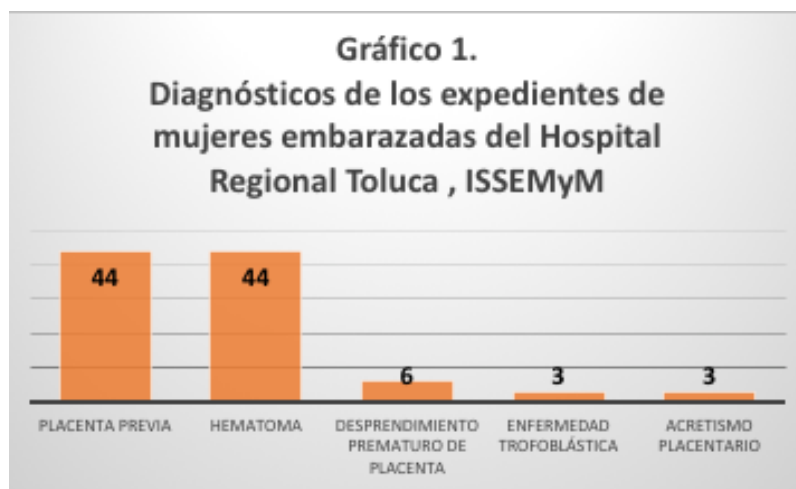
Durante 2017 en el ISSEMyM se detectaron 1964 embarazadas con uno o más factores de riesgo por lo que se inició una estrategia que consiste en colocarles una pulsera roja con un folio asignado para dar seguimiento a cada caso, asegurando su atención prioritaria en las unidades médicas y la atención oportuna a las pacientes con emergencia obstétrica y así disminuir las muertes maternas.

A pesar de las políticas públicas en salud implementadas, la mortalidad materna es alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Para finales de 2015 habrían muerto 303 mil mujeres por causas obstétricas.^{1,2} El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 4,900 mujeres en los países desarrollados y de 1 en 180 mujeres en los países en vías de desarrollo. Por otro lado, en los países clasificados en extrema pobreza el riesgo es de 1 por cada 54 mujeres, lo que demuestra las consecuencias de la desigualdad social profunda en los sistemas de salud.^{1,2} La literatura mundial refiere que la mayoría de estas aparecen durante el periodo del embarazo y casi todas son prevenibles o tratables, 75 % de causas de muerte materna es por hemorragias, por lo que se debe de tener un adecuado control prenatal, dentro de las acciones a este cuidado está clasificar el riesgo durante el embarazo.¹

Una parte importante para disminuir esta patología, como las hemorragias maternas, es identificar los factores de riesgo tales como cesáreas previas, edad materna, así como la realización de USG en los meses correspondientes ya que se pueden detectar alteraciones en la placenta y algunas patologías son asintomáticas. Se observó que las implantaciones anormales de la placenta están relacionadas con una alta morbilidad materna (60 %) y de mortalidad materna (7 a 10 %), además de ocasionar partos prematuros (5.6 a 8.7 %).³ También se ha observado una tasa creciente de aborto espontáneo (20 %), parto prematuro (18 %), restricción del crecimiento intrauterino (7 %), desprendimiento (9 %) y cesárea (60 %) en comparación con pacientes que no tienen antecedente de hematoma retro placentario o subcorial.

Existen patologías que ocasionan alta mortalidad materna, como la placenta previa, conocida desde 1878, a pesar de que existe literatura donde se reporta 5 casos por 10004 se debe de tomar en cuenta sus factores de riesgo, entre ellos, el tabaquismo. Tanto la placenta previa como el acretismo placentario son enfermedades asociadas a un riesgo importante de mortalidad materna y fetal^{4,5} por lo que es fundamental que exista un control adecuado desde el primer nivel y el segundo de aquellas pacientes portadoras de pulsera roja.

N=34 expedientes de mujeres embarazadas



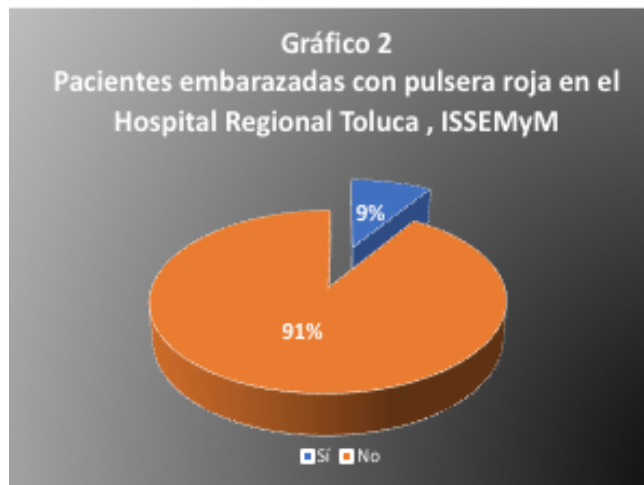
Material y Métodos

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 34 expedientes de embarazadas que recibieron atención prenatal de primera vez en el Hospital Regional Toluca durante el periodo comprendido de enero de 2017 a agosto de 2019. Se cuenta con autorización del comité de ética del Hospital.

Resultados

El rango de edad fue de 20 a 41 años, con una media de 29 años, dentro de los antecedentes

ginecobstétricos se registró que las pacientes tenían en relación a las gestas, de una a cuatro con una media de 2, de las cuales se resolvieron como partos 67.6 % (23) y como cesáreas 35.3 % (12). Y de todas las pacientes solamente 9 % (3) contaron con registro de colocación de pulsera roja en su atención. 44 % (15) tuvieron placenta previa, de las cuales 26 % (9) placenta previa marginal y 3 % (1) corresponde a placenta previa baja. El rango de edad de pacientes con placenta previa es de 20 a 34 años, 35 % (12) de las pacientes con placenta previa no presentó el antecedente de cesárea y 12 % (4) cuenta con el antecedente de LUI, 12 % (4) era su primera gesta y 12 % (4) era gesta 4, solo 6 % (2) se encontraba con registro de pulsera roja, 18 % (6) se les realizó cesárea. 44 % (15) presentó hematoma, el rango de edad de esta patología fue de 22 a 41 años, 20 % (7) era su primera gesta, 17 % (6) terminó en cesárea, 3 % (1) LUI 3 % (1) contaba con el registro de pulsera roja.



N=34 expedientes de mujeres embarazadas
Fuente: Elaboración propia.

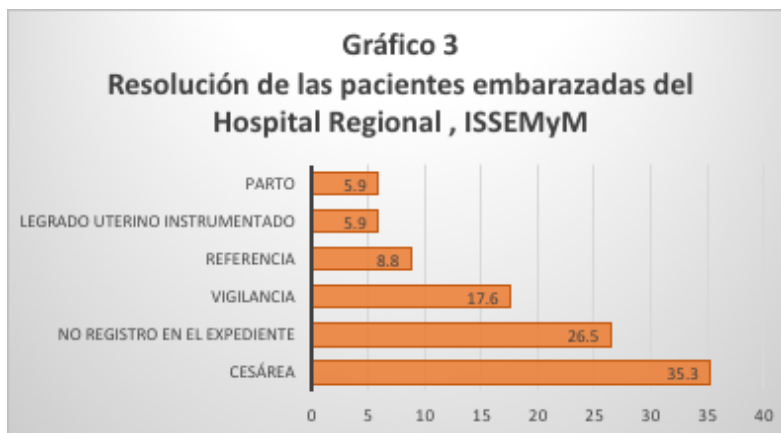
Discusión

El principal factor de riesgo para placenta previa es el antecedente de cesárea, 35 % de las pacientes no tuvieron este antecedente. Existe alguna literatura donde la edad materna es factor de riesgo para esta patología, sin embargo el rango de edad de presentación es de 20 a 34 años, la multiparidad es otro factor, pero 12 % era su primera gesta y 4 % tenía ya el antecedente de 4 embarazos. Cada patología encontrada en estas mujeres con embarazo de alto riesgo tiene consecuencias y repercusiones en la salud de ellas, algunas terminaron en cesárea, sin embargo otras presentaron abortos o legrado uterino instrumentado, como en el caso del hematoma retro placentario que si no se detecta de forma oportuna puede tener este tipo de consecuencias, y para el estudio se registró 44.1 % de incidencia.⁶ También el hematoma se asocia con riesgo de abortos espontáneos, 3 % de la paciente termino en LUI.⁶

En el mismo estudio se detectó el hematoma en la primera visita 60 % al igual que en el hospital Regional en 44 % de pacientes de primera vez.⁶ El acretismo placentario en las pacientes registradas se reportó en 3 % un factor de riesgo para la presentación de esta patología es el antecedente de cesárea,⁷ en esta paciente no existía dicho factor y su edad era de 27 años, segunda gesta. Casi no existen estudios acerca de la pulsera roja, pero en el Hospital Regional solo 3 pacientes tenían registro.⁷ La escasa que existe menciona qué hay estrategias para disminuir esta mortalidad porque Ecatepec, Toluca y Nezahualcóyotl, desde el 2009 presentan alta mortalidad.

Conclusiones

Una limitación del estudio es el tamaño de la muestra, sin embargo cabe recalcar la importancia de las patologías asociadas a muerte fetal y materna,⁴ por lo que los factores de riesgo deberían de ser detectados desde primer nivel y ser oportunamente referidas para una valoración en segundo nivel de forma eficaz y así evitar la morbilidad y mortalidad materna, fortaleciendo la comunicación entre los tres niveles de atención con énfasis en el registro de la estrategia de la pulsera roja. Con esto mejorar la calidad de vida de las pacientes en edad reproductiva y disminuir las complicaciones que pudieran repercutir en su salud y sistema familiar.



N=34 expedientes de mujeres embarazadas
Fuente: Elaboración propia.

Se revisaron los expedientes durante los años del 2017 a 2019 con pacientes que cumplieran los criterios de inclusión, esto puede ser un parte aguas para futuras líneas que identifiquen factores de riesgo y los métodos para su control y seguimiento (pulsera roja). En el Estado de México la hemorragia obstétrica se relaciona como segunda causa de muerte materna, por lo que es fundamental que se otorgue atención prenatal con enfoque de riesgo acorde a los protocolos establecidos, sin embargo, en el Hospital Regional solo se encontró consignado en el expediente de tres pacientes la pulsera roja, para aquellas mujeres con diagnóstico por imagen de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, no se cuenta con evidencia de activación del protocolo.

Para el diagnóstico oportuno, es prioritario que las áreas de Imagenología cuenten con protocolos establecidos para determinar la vía de realización del ultrasonido; endocavitario o transabdominal, acorde a las bibliográficas referente a la sensibilidad y especificidad para este estudio, considerando los factores de riesgo de la mujer embarazada.

Es fundamental realizar el ultrasonido (usg) como dicen las guías ISUOG entre las 11 y 13 semanas,⁹ inclusive existe literatura en la cual se habla de la importancia del usg en la predicción de la histerectomía.¹⁰

Cabe mencionar que se localizaron tres pacientes con diagnóstico patológico de acretismo placentario, dos de ellas contaron con reporte de imagen negativo para el diagnóstico y una no contó con estudio de ultrasonido el hallazgo fue transquirúrgico, el rango de edad de estos tres caso es de 29 a 33 años, por lo que se requiere consolidar el enfoque de riesgo para la mujer gestante en edad reproductiva, por las repercusiones no solo en la calidad de vida de cada paciente, si no por el costo social y en salud. Estas pacientes no se integraron a la investigación, pero es fundamental mencionarlas por los reportes que se obtuvieron de ellas.

Referencias

1. Morales y Andrade y col. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. Rev. Esp Méd Quir. 2018;23.
2. García Núñez y col. Emergencias y urgencias obstétricas en el Hospital Central Militar (I): nuestra visión y el horizonte epidemiológico. Cir Cir. 2018; 86:161-168
3. Abdul-Jabbar HS, Bahkali NM, Al-Basri SF, et al. Placenta previa. A 13 years experience at a tertiary care center in Western Saudi Arabia. Saudi Med J. 2016;37(7):762-766.
4. Janiux E y col. Placental Implantation Disorders. Obstet Gynecol Clin N Am 47 (2020) 117-132.
5. Ávila García Sergio. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD Año 2016 Vol. 6 No III
6. Ayser H, Samar Dawood SJ Obstet Gynaecol. The Impact Incidental Ultrasound Findig of Subchorionic and Retroplacental Hematoma in Early Pregnancy. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India.2018:1-7
7. Alvarado Berrueta RM y col. Manejo del triage obstétrico y Código mater en el Estado de México Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Vol. 9. No. 2 abril-junio 2012
8. Veliz F y col Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 83(5): 513 – 526.
9. ISUOG Guías Prácticas: realización de la exploración ecográfica fetal del primer trimestre.2013
10. Liu B y col. Prediction of cesarean hysterectomy in placenta previa complicated with prior cesarean: a retrospective study. BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:81