

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“HEMORRAGIA PUERPERAL INMEDIATA EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2012 – 2013”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO:

MÉDICO CIRUJANO

NOMBRE DEL AUTOR:

MARINA LUCÍA QUINA ARAMAYO

ASESORA:

MED. GINECÓLOGA PAOLA ARIAS HUANACUNE

TACNA – PERÚ

2014

Dedicatoria

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi familia

RESUMEN

La hemorragia post parto es una de las principales complicaciones puerperales que representa una de las causas de morbilidad y mortalidad materna. La hemorragia post parto constituye, de lejos, la principal causa de muerte materna en los países pobres. El riesgo absoluto de muerte por hemorragia post parto es mucho menor en los países ricos que los países pobres.

Los objetivos de esta investigación tiene como propósito establecer las principales causas y los factores de riesgos que aumentan la incidencia de las hemorragias postparto con el fin de disminuir la morbi-mortalidad materna.

El método para realizar este trabajo se utilizó una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y retrospectivo, el diseño de la misma fue no experimental. Las pacientes con HPP está conformada por 6 mujeres que fueron atendidas durante el parto y post parto en el departamento de Gineco – obstetricia del Hospital Hipólito Unanue en el periodo 2012 - 2013. El instrumento para la recolección de la información fue una ficha de recolección Los datos fueron asentados y tabulados en tablas estadísticas.

Los resultados de la investigación permitieron concluir que la causa de hemorragias post parto fue la atonía uterina e hipotonía uterina; y los factores de riesgo fueron la anemia, multiparidad, gestación múltiple, hemorragia postparto anterior, cirugía uterina previa y trastorno hipertensivo.

Se concluyó que los resultados de la presente investigación, sean valoradas por quienes tienen en sus manos la atención de los servicios de asistencia obstétrica del Hospital Hipólito Unanue, a fin de establecer mecanismos que sigan mejorando las técnicas de atención del parto.

Palabras claves: hemorragia post parto, atonía uterina, cirugía uterina previa, gestación múltiple, anemia

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is a major puerperal complication represents a major cause of morbidity and mortality. It is considered the second leading cause of maternal death worldwide and the third most common in underdeveloped countries.

The objective of this study aims to establish the main causes and risk factors that increase the incidence of postpartum hemorrhage in order to reduce maternal morbidity and mortality.

The method for performing this research work descriptive, cross- sectional and retrospective, the same design was used not experimental. Patients with HPP consists of 6 women who were attended during childbirth and postpartum in the Department of Gynecology - Obstetrics of Hospital Hipolito Unanue in the period from 2012 to 2013 . The instrument for data collection was a record collection data were tabulated in tables seated and statistics.

The results of the investigation led to the conclusion that the cause of postpartum haemorrhage was uterine atony and uterine hypotonia , and risk factors were anemia , multiparity , multiple gestation , previous postpartum hemorrhage, previous uterine surgery and hypertensive disorder .

It was concluded that the results of this investigation will be valued by those who have in their hands the care of obstetric assistance Hipólito Unanue Hospital , to establish mechanisms to further improve the techniques of delivery care .

Keywords : postpartum hemorrhage, uterine atony , previous uterine surgery , multiple gestation , anemia

ÍNDICE

Introducción.....	6
Capítulo I.....	7
1.1. Fundamentación del problema.....	7
1.2. Formulación del problema.....	8
1.3. Objetivos.....	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
1.4. Justificación.....	9
Capítulo II.....	10
2.1. Antecedentes de la investigación.....	10
2.2. Marco teórico.....	17
Capítulo III.....	42
3.1. Hipótesis.....	42
3.2. Operacionalización de variables.....	42
Capítulo IV.....	44
4.1. Tipo y diseño.....	44
4.2. Ámbito de estudio.....	44
4.3. Población y muestra.....	44
4.3.1. Criterios de inclusión.....	44
4.3.2. Criterios de exclusión.....	44
4.4. Instrumento de recolección.....	45
4.5. Procedimiento de análisis de datos.....	45
Capítulo V.....	46
Resultados.....	46
Capítulo VI.....	56
Discusión.....	56
Capítulo VII.....	59
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
Bibliografía.....	61
Anexos.....	64

INTRODUCCIÓN

La hemorragia post parto constituye, de lejos, la principal causa de muerte materna en los países pobres. El riesgo absoluto de muerte por hemorragia post parto es mucho menor en los países ricos que los países pobres (1/100 000 vs 100/100 000)

Según la OMS cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo, el parto y principalmente después de ello.

El reporte del MINSA sobre la mortalidad materna en el Perú 2002 – 2011, estima que 6846 muertes maternas, el 38.7% ocurrieron en el embarazo, específicamente el 22.8% en el tercer trimestre, mientras que 20.2% ocurrieron en el parto y 36.5% en el puerperio.

La hemorragia post parto primaria es causada por atonía uterina en el 80% de los casos. Otras etiologías corresponden a retención de placenta, especialmente por acretismo, la inversión uterina, defectos en la coagulación y traumas en el canal del parto. La hemorragia post parto secundaria puede explicarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación.

El Hospital Hipólito Unanue (HHU) de la ciudad de Tacna no es la excepción para que se presenten situaciones semejantes a las demás ciudades de la región, en lo que se refiere a complicaciones de hemorragia post parto y post cesárea; a pesar de un manejo hospitalario normativo en base a protocolos del ministerio de salud pública, y actualizaciones medicas continuas.

Se busca conocer la frecuencia y factores de riesgo que conllevan a hemorragia puerperal inmediata en pacientes atendidas en el departamento de ginecoobstetricia del hospital Hipólito Unanue; con el fin de dejar referencia sobre los principales factores de riesgo y causas de la hemorragia puerperal y así poderlos prevenir y disminuir la morbimortalidad materna.

CAPÍTULO I

1.1. Fundamentación del problema

La Hemorragia post parto es la pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea.

También se define por sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre y/o diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso.¹

La Hemorragia post parto tardía es la pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio.

En el Perú la tasa de mortalidad materna por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es de 93 por 100,000 nacidos vivos, según el Ministerio de Salud en el 2010. Entre las causas principales destacan hemorragia post parto.

La hemorragia post parto implica alrededor de 10% de mortalidad materna, no debida a abortos. Una mujer con hemorragia post parto inmediata, suele tener una estancia hospitalaria mayor, aumentando los gastos económicos, además de presentar altos riesgos de contagio de enfermedades nosocomiales y al ser receptor de unidades de sangre; también se dificulta la relación binomio madre e hijo; altera la organización del hogar porque no puede incorporarse rápidamente al medio familiar, y repercute en un gran problema socioeconómico, sin dejar a un lado el estado anímico de la madre.²

Entre las principales causas de hemorragia post parto son la atonía uterina, desgarros del canal del parto, retención de placenta o restos placentarios, inversión uterina, alteraciones de la coagulación, rotura uterina.³

¹ Ministerio de Salud; Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: 2007.

² Yahaira Coello Ching. Hemorragia post parto inmediata en gestante adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. Rev. "Medicina" Vol.11 N°3. Año 2005. Guayaquil – Ecuador

³ Campelo T, Fraca M, Haya J, Bajo J. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Hemorragias del alumbramiento y postparto inmediato. 2007

El estudio tiene como objetivo conocer la frecuencia, factores de riesgo y causas de hemorragia puerperal inmediata en pacientes atendidas en el departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unane.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la frecuencia de hemorragia puerperal inmediata en las pacientes atendidas en el departamento de gineco – obstetricia del Hosp Hipolito Unanue 2012-2013?

1.3.Objetivo General

- Conocer la frecuencia, causas y factores de riesgos de la hemorragia puerperal inmediata en pacientes atendidas en el departamento de ginecoobstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2012 – 2013.

1.3.1. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de hemorragia puerperal inmediata en pacientes atendidas en el departamento de Ginecoobstetricia del hospital Hipólito Unanue
- Describir las causas de hemorragia puerperal inmediata en pacientes atendidas en el departamento de Ginecoobstetricia del hospital Hipólito Unanue
- Determinar los factores de riesgo que influyen en la hemorragia puerperal en pacientes atendidas en el departamento de Ginecoobstetricia del hospital Hipólito Unanue

1.4. Justificación

Las dos primeras horas posteriores al alumbramiento, se constituyen en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer.

Según la OMS cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo, el parto y principalmente después de ellos.

Según el MINSA en el 2010 en el Perú la tasa de mortalidad materna, por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es de 93 por 100,000 nacidos vivos. Entre las causas principales destacan hemorragia post parto.

Es de interés para el Hospital Hipólito Unanue, el servicio de Gineco-Obstetricia y como profesional de la salud, dar a conocer la frecuencia, factores de riesgo y causas de hemorragia puerperal que predisponen a la mujer para que la manifieste y de esa manera evitar o prevenir la morbi-mortalidad de sus usuarias.

En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen un tratamiento de calidad, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el proceso de parto y postparto, con el propósito de dar respuesta a esta problemática social que se presenta en mujeres atendidas en dicho hospital. Al no tener información documentada de estos casos se considera relevante desarrollar el presente trabajo de investigación, mediante la revisión de historias clínicas lo que permitirá obtener datos reales relacionados al tema de estudio.

CAPÍTULO II

2.1. Antecedentes de investigación

Rivero, Mabel Iy Col. Hemorragia post parto: Incidencia, factores de riesgo y tratamiento en el hospital Angela Llano. Enero y febrero del 2005. Argentina

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, multidisciplinario y descriptivo sobre el manejo del parto y puerperio inmediato durante los meses de enero y febrero del año 2005. Se incluyeron 109 pacientes atendidas en la maternidad del Hospital Angela I de Llano de Corrientes. Las muestras se distribuyeron en dos grupos: -Grupo 1: diariamente se identificaron todas las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión y se llenó la correspondiente hoja de recolección de datos sobre la base de las historias clínicas, hoja de tratamiento, enfermería e informe de alta; -Grupo 2: se localizaron aquellas pacientes que en el día anterior habían presentado hemorragia puerperal y cumplían con los criterios de inclusión y se llenó la correspondiente hoja de recolección de datos sobre la base de las historias clínicas, hoja de tratamiento, enfermería e informe de alta

La edad media de la población fue 25 ± 7 años, gestas $3,3\pm 3,9$, con $4,6\pm 1,9$ controles prenatales (64,2% en centros de atención primaria). Se identificaron 8 casos (7,3%) de HPP. La frecuencia de factores de riesgo durante el embarazo fue: primigestas 32%, RPM 16%, edad extrema <18 o >35 años 16%, gran multípara 15% y anemia 14,7%.

Las causas de HPP fueron: hipotonía uterina 37,5%, retención de restos 37,5% y desgarro cervical 25%. La medicación utilizada para HPP fue oxitocina 75% y cefalotina 62,5%; se realizó además, masaje uterino 37,5%, legrado 37,5% y reparación del desgarro 25%.

La prevalencia de hemorragia post parto fue baja. A pesar de una elevada frecuencia de factores de riesgo, sólo la anemia se asoció a HPP. El manejo no

fue sistematizado, dependiendo de la causa. La HPP se relacionó con una estadía hospitalaria más prolongada.⁴

Yahaira Coello Ching. Hemorragia post parto inmediata en gestante adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. Guayaquil – Ecuador. 2005.

El Tipo de estudio: que se realizó fue un estudio retrospectivo, observacional, aleatorio, en 981 casos en gestantes diagnosticadas con hemorragia post parto inmediata, los cuales fueron atendidas en el hospital maternidad “Enrique C. Sotomayor “, en la ciudad de Guayaquil, durante el período comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2002. Los Objetivos a demostrar era la frecuencia de hemorragia post parto inmediato, en gestantes adolescentes, y la causa etiológica más frecuente, la vía de terminación más propensa a sufrir HPP y sus complicaciones adversas. Se obtuvo como resultados que las edades de las gestantes fluctuaron entre los 13 y 20 años, con un promedio de 17 años de edad. El universo fue 981 casos de gestantes, las cuales sufrieron HPP por diferentes causas, de las cuales se sustrajo una muestra de 71, los cuales reunían los criterios de inclusión de este estudio: hipotonía uterina; alumbramiento incompleto, desgarros vaginales, desgarros cervicales; ruptura uterina; abruptio placentae. En conclusiones las causas genitales son las que con mayor frecuencia ocasionan HPP, así mismo se destaca que es la atonía uterina la de mayor prevalencia; que las primigestas son las que más frecuentemente están propensas a padecer una HPP; la vía de terminación de parto en la que se observó mayor tendencia a HPP, fue la vaginal.²

4. Rivero, Mabel Iy Col. Hemorragia post parto: Incidencia, factores de riesgo y tratamiento en el hospital Angela Llano. Enero y febrero del 2005. Argentina

2. Yahaira Coello Ching. Hemorragia post parto inmediata en gestante adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. Guayaquil – Ecuador. 2005.

Anali Valeria Ortiz Gavilan; Laura Miño y Col. Hemorragia puerperal. Argentina. 2009

Se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica a partir de buscadores médicos, Pubmed, Biblioteca Cochrane, NEJM. Además se consultaron páginas web de organismos oficiales y asociaciones de profesionales de la salud: FIGO, FASGO, así como la revisión de protocolos y guías sobre el tema.

Se concluyó que los factores de riesgo más determinantes son la anemia, el trabajo de parto prolongado, la macrosomía fetal y el intervalo intergenésico corto. Las causas más frecuentes de HPP son la atonía uterina (70%), retención placentaria, los desgarros y/o laceraciones del canal del parto. La clave del tratamiento es la detección precoz de los signos de descompensación hemodinámica, para llevar a cabo una fluidoterapia agresiva evitando el shock hipovolémico y así disminuir la mortalidad materna.⁵

Claudio G. Sosa, MD,y Col. Factores de riesgo para la hemorragia post parto en partos vaginales en población latinoamericana. 2009

Este fue un estudio prospectivo de cohortes incluidos todos los partos vaginales (n = 11.323) entre Octubre - diciembre de 2003 y de octubre a diciembre de 2005, de 24 unidades de maternidad en dos Sur- Países de América Latina: Argentina y Uruguay.

Hemorragia moderada y severa postparto se produjo en el 10,8 % y el 1,9 % de entregas, respectivamente. Los factores de riesgo más fuertemente asociados y la incidencia de moderada hemorragia post parto en mujeres con cada uno de estos factores fueron: placenta retenida (33,3 %) (odds ratio ajustada - ORa : 6,02; 95 % intervalo de confianza [IC] : 3,50 a 10,36) , el embarazo múltiple (20,9 %) (OR ajustado: 4,67 , IC 2,41 a 9,05); macrosomía (18,6 %) (OR ajustado: 2,36 ,

5. Anali Valeria Ortiz Gavilan; Laura Miño y Col. Hemorragia puerperal. Argentina. 2009

IC 1,93 a 2,88) , la episiotomía (16,2 %) (OR ajustado: 1,70 , IC 1,15 a 2,50) , y la necesidad de sutura perineal (15,0 %) (OR ajustado: 1,66 , IC 1,11-2,49) .

El manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, la multiparidad y un bebé de bajo peso al nacer, se encontró que factores protectores. Hemorragia post parto severa se asoció con la placenta retenida (17,1 %) (ORa: 16.04, IC 7,15 a 35,99), el embarazo múltiple (4,7 %) (OR ajustado: 4,34, IC 1,46 a 12,87), macrosomía (4,9 %) (OR ajustado: 3,48, IC 2,27 a 5,36), parto inducido (3,5 %) (OR ajustado: 2.00, IC 1.30 a 3.9).

En conclusión Muchos de los factores de riesgo de hemorragia post parto inmediato en esta población sudamericana están relacionados con complicaciones de la segunda y tercera etapa del parto.⁶

Verónica Chamy P, Felipe Cardemil M, Pablo Betancour M, Matías Ríos S, Luis Leighton V. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Santiago 2009

El embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años. Objetivo: Evaluar el riesgo materno y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Método: Estudio de cohorte retrospectiva de todos los embarazos atendidos en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre enero de 2001 y diciembre de 2006. Se excluyeron menores de 20 años. Se analizaron variables maternas y perinatales. Resultados: En el período hubo 16.338 partos, 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo

6. Claudio G. Sosa, MD,y Col. Factores de riesgo para la hemorragia post parto en partos vaginales en población latinoamericana. 2009

mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, preeclampsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se apreció que el riesgo de comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad. Conclusión: La edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos. Hubo mayor riesgo para la mayoría de las variables analizadas en embarazadas de 35 años o más.⁷

Jesus Jairo Bonifaz Guerrero. Hemorragias post-parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba (H.P.G.D.R) 2010. Ecuador

Investigación para determinar la frecuencia de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el H.P.G.D.R. durante el período Enero - Junio 2010; utilizando 129 Historias Clínicas, se tabularon valiéndonos del programa Microsoft Excel, se evaluaron las siguientes variables características generales, factores de riesgo, etiología de hemorragia post-parto y tipo de tratamiento. De los resultados encontramos que 48% son casadas; el 68% nivel socio económico bajo; el 36% con instrucción primaria y el 32% entre las edades comprendidas de 24 - 29 años; la anemia 27% como mayor factor de riesgo, en la variable según la hemorragia post parto de tipo uterina encontramos un 70% al alumbramiento incompleto; en la hemorragia post parto de tipo no uterina con un 42% al desgarro vaginal, según el tipo de tratamiento el 38% requirió medicamentos de los cuales la oxitocina fue el más usado con 45% y obteniéndose que el tratamiento quirúrgico utilizado es revisión manual 65% del total de la muestra. Es necesario que las Historias Clínicas se llenen de manera completa y correcta

7. Verónica Chamy P, Felipe Cardemil M, Pablo Betancour M, Matías Ríos S, Luis Leighton V. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Santiago 2009

para mejorar la apreciación de los factores de riesgo de las pacientes y no dudar en efectuar el ‘manejo activo’ del alumbramiento para disminuir la hemorragia post parto y mortalidad en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010.⁸

Elaine M Fyfe, John MD Thompson, Ngaire H Anderson, Katie M Groom, Lesley M McCowan La obesidad materna y la hemorragia post parto después de parto vaginal y por cesárea entre las mujeres nulíparas a término. BMC Pregnancy Childbirth Nueva Zelanda 2012

La población de estudio fue de embarazos únicos nulíparas entregados a término en el Hospital Nacional de la Mujer, Auckland, Nueva Zelanda 2006-2009 (N = 11.363). Regresión logística multivariable fue ajustada por factores de riesgo de las principales HPP.

Hubo 7.238 (63,7%) mujeres de IMC normal, 2.631 (23,2%) con sobrepeso y 1.494 (13,1%) obesas. En general, las tasas de HPP se incrementaron en el sobrepeso y la obesidad en comparación con las mujeres de peso normal (n = 255 [9,7%], n = 233 [15,6%]), n = 524 [7,2%], $p < 0,001$), respectivamente. Hubo un incremento aproximado del doble en el riesgo en mujeres nulíparas obesas que era independiente de los factores de confusión, ajustado odds ratio [OR ajustado (IC 95%)] para todas las entregas 1,86 (1,51-2,28). Ser obesa era un factor de riesgo de mayor HPP siguiente tanto cesárea 1,73 (1,32 a 2,28) y el parto vaginal 2,11 (1,54 a 2,89) y el último riesgo fue similar después de la exclusión de las mujeres con mayor trauma perineal y retención de placenta. Otros tres factores se asociaron consistentemente con el riesgo de hemorragia post parto importante sin

8. Jesus Jairo Bonifaz Guerrero. Hemorragias post-parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba (H.P.G.D.R) 2010. Ecuador

importar el tipo de parto: el aumento de peso del recién nacido, hemorragia antes del parto y el origen étnico de Asia.⁹

Haimée Emerich Lentz Martins y Col. Mortalidad materna por hemorragia ocurrida en el estado de Santa Catarina, Brasil. 2013

La hemorragia representa un conjunto de causas que incide sobre la mujer durante el ciclo gestacional y puerperal, y con una atención indebida resulta en la muerte. Los autores tienen como objetivo analizar las muertes maternas relacionadas con la hemorragia, ocurridas en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Los datos fueron obtenidos del Sistema de Información de Mortalidad y Sistema de Información sobre Nacidos Vivos, del Ministerio de Salud del Brasil. Estudio descriptivo en el cual fueron analizados 491 muertes maternas, durante el período de 1997 al 2010. De los cuales, 61 estuvieron relacionadas con la hemorragia, correspondiendo a 12,42%, siendo la hemorragia post-parto la causa más prevalente con 26 muertes, seguida por el desprendimiento prematuro de placenta con 15, representando el 67,21% de los casos. La mortalidad materna por hemorragia es un problema de salud pública en el Estado de Santa Catarina, debido a su alta prevalencia y las causas básicas que son prevenibles.¹⁰

Pariguana López, Jenny Marisa, Santos Yauricaza, Yessica. Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato : estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003. Perú.

La frecuencia de HPP fue del 3.03%(cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron: retención de restos placentarios

9. Elaine M Fyfe, John MD Thompson, Ngaire H Anderson, Katie M Groom, Lesley M McCowan La obesidad materna y la hemorragia post parto después de parto vaginal y por cesárea entre las mujeres nulíparas a término. BMC Pregnancy Childbirth Nueva Zelanda 2012

10. Haimée Emerich Lentz Martins y Col. Mortalidad materna por hemorragia ocurrida en el estado de Santa Catarina, Brasil. 2013

(OR=9.75; p=0.001) todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné (OR= 6.09; P=0.005) igualmente todos los casos en partos por vía vaginal. Se encontraron dos factores asociados a HPP que tuvieron el valor de p significativo: la retención de coágulos y la coagulopatía por consumo, sin embargo al realizarse el análisis univariado y multivariado no se llegó a la conclusión de que fueran factores de riesgo por la proporción del número de casos en relación a la muestra total. El promedio de la diferencia de Hto pre y postparto en los casos de HPP fue del 11.59% (12% en las cesáreas y 10% en partos por vía vaginal). En conclusión los factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios y los desgarros de cervix, vagina y periné, los dos factores en partos por vía vaginal mas no se presentaron factores de riesgo en partos por cesárea. Una paciente que presentó el factor de riesgo de retención restos placentarios tuvo 9.7 veces más riesgo de hacer una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. Mientras que otra paciente que presentó el factor de riesgo de desgarro cervical, vaginal o perineal tuvo 6.09 veces más riesgo de sufrir una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. La frecuencia de HPP en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período de estudio fue de 3.03 %. El promedio de la diferencia de Hto pre y post parto en los casos de HPP fue de 11.59%.¹¹¹

2.2. Marco teórico

2.2.1. Hemorragia post parto

Clásicamente, se define la HPP como la pérdida sanguínea calculada mayor de 500 mL después de un parto vaginal o 1000mL si es por cesárea. También, cuando se constata la caída del hematocrito en 10

11. Pariguana López, Jenny Marisa, Santos Yauricaza, Yessica. Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato : estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003. Perú.

puntos luego del tercer estadio del parto o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea. Estas dos definiciones han devenido en poco prácticas, porque habitualmente no se mide con exactitud el volumen real de pérdida sanguínea.¹²

Así mismo, un grupo de mujeres son atendidas en su parto sin que se conozca el nivel de hemoglobina o hematocrito previo y, por lo tanto, no se puede determinar con exactitud el porcentaje de disminución.

Por este motivo en la actualidad la definición más aceptada de HPP consiste en la condición cuando la pérdida sanguínea es de tal magnitud que produce cambios hemodinámicos que hacen necesario trasfudir sangre.¹³

Se clasifica en primaria, si ocurre en las primeras 24 horas después del parto o secundarias si sucede 24 horas después del parto

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

2.2.1.1. Incidencia

La hemorragia post parto (HPP) es la principal causa de mortalidad materna. Todas las mujeres que llevan un embarazo de más de 20 semanas de gestación tienen riesgo de hemorragia post parto y sus secuelas. Aunque las

12. Alcívar Alcívar Luis Ernesto Figueroa Zambrano Carlos Cristians. Causas Y Factores De Riesgo Que Aumentan La Incidencia De Hemorragia post parto En El Área Gineco Obstétrica Del Hospital Verdi Cevallos Balda En El Periodo Octubre 2010 A Marzo 2012. Ecuador.

13. Dr. Cabrera. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:23-31. Rev Per GinecolObstet. 2010;56

tasas de mortalidad materna han disminuido en gran medida en el mundo desarrollado, HPP sigue siendo la principal causa de mortalidad materna en otro lugar.

La tasa de mortalidad directa relacionada con el embarazo de la madre en los Estados Unidos es de aproximadamente 7 a 10 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos. Las estadísticas internacionales indican que aproximadamente el 8% de estas muertes son causadas por la HPP. En los países industrializados, HPP generalmente se ubica entre las 3 principales causas de la mortalidad materna, junto con el embolismo y la hipertensión. En el mundo en desarrollo, varios países tienen tasas de mortalidad materna de más de 1.000 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, y estadísticas de la Organización Mundial de la Salud indican que 25% de las muertes maternas se debe a HPP, lo que representa más de 100 000 muertes maternas por año. En el más reciente Boletín de la práctica de la American College of Obstetricians and Gynecologists coloca la estimación de 140 000 muertes maternas por cada año o 1 mujer cada 4 minutos.¹⁴

La atonía uterina es responsable del 50% de las hemorragias post parto y del 4% de las muertes maternas.¹⁵

Los desgarros obstétricos constituyen la segunda causa de hemorragia post parto. Suelen estar relacionados con partos instrumentados que lesionan el canal blando del parto, aunque pueden aparecer también partos muy rápidos.

La retención de tejido placentario y de membranas después del alumbramiento es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto¹²

12. Alcívar Alcívar Luis Ernesto Figueroa Zambrano Carlos Cristians. Causas Y Factores De Riesgo Que Aumentan La Incidencia De Hemorragia post parto En El Área Gineco Obstétrica Del Hospital Verdi Cevallos Balda En El Periodo Octubre 2010 A Marzo 2012. Ecuador.

14. John R Smith, MD, FRSCS, FACOG. <http://emedicine.medscape.com/article/275038>. Hemorragia post parto. 20 de diciembre 2012

15. Cabero, Saldívar. Operatoria Obstétrica: Una visión Actual. Ed. Médica Panamericana, 2009. 376pags

2.2.1.2. Patogenia

En el curso de un embarazo, el volumen de sangre materna aumenta en aproximadamente 50% (de 4 a 6 L). El volumen plasmático aumenta un poco más que el volumen total de glóbulos rojos, lo que lleva a una caída en el valor de la concentración de hemoglobina y el hematocrito. El aumento en el volumen de sangre sirve para cumplir con las exigencias de perfusión de la unidad uteroplacentario de baja resistencia y para proporcionar una reserva para la pérdida de sangre que se produce durante el parto¹⁴. Si la hemorragia continúa sin embargo, estos mecanismos pueden ser anulados, y se genera hipotensión, disminución de la perfusión tisular, hipoxia celular y muerte. De hecho la hemorragia es la causa más frecuente de shock en obstetricia y ginecología. La hipotensión postparto puede además ocasionar necrosis parcial o total de la hipófisis anterior y producir Síndrome de Sheehan. También puede producir Insuficiencia Renal Aguda.¹²

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globuloso, llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado. Al final de un embarazo a término, 500-800 ml de sangre afluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta

12. Alcívar Alcívar Luis Ernesto Figueroa Zambrano Carlos Cristians. Causas Y Factores De Riesgo Que Aumentan La Incidencia De Hemorragia post parto En El Área Gineco Obstétrica Del Hospital Verdi Cevallos Balda En El Periodo Octubre 2010 A Marzo 2012. Ecuador.

se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina; los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia.¹⁶

2.2.1.3. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo para producir una hemorragia se puede considerar:

Prenatales:

- Primigesta
- Gran multípara (mayor de 5).
- Embarazo múltiple.
- Anemia.
- Várices vulvovaginales.
- Fibromatosis uterina.
- Púrpura trombocitopénica.
- Enfermedad de Von Willebrand.

Perinatales:

- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Cesárea previa.
- Polihidramnios
- Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.
- Óbito fetal.

16. Alvear, Gleicher, MD. Hemorragia post parto. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina 2000. pp. 1761-1762.

- Eclampsia.

Durante el trabajo de parto:

- Parto prolongado.
- Inducción con oxitocina.
- Parto precipitado.
- Aplicación de fórceps.
- Agotamiento y deshidratación materna por trabajo de parto prolongado.
- Corioamnionitis
- Coagulación intravascular

Durante el periodo cercano al parto:

- Parto domiciliario
- Placenta previa
- Placenta previa con cesárea previa.
- Útero sobre distendido
- Polihidramnios
- Embarazo gemelar
- Macrosomía fetal
- Preeclampsia y eclampsia ¹⁷

Debe tenerse en cuenta que dos tercios de las pacientes con hemorragia post parto no tienen factores de riesgo identificables, por lo que en la atención del

14. John R Smith, MD, FRSCS, FACOG. <http://emedicine.medscape.com/article/275038>. Hemorragia post parto. 20 de diciembre 2012

17. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Nicaragua

parto debe mantenerse una actitud de alerta y contar con las medidas necesarias para afrontar esta entidad.¹⁸

2.2.1.4 Etiología

HPP tiene muchas causas posibles, pero los más comunes, por un amplio margen, es la atonía uterina, es decir, incapacidad del útero para contraerse y retraerse después de la entrega del recién nacido. HPP en un embarazo previo es un factor de riesgo importante y debe hacerse todo lo posible para determinar su gravedad y causa.¹⁴ En un estudio aleatorizado reciente en los Estados Unidos, el peso al nacer, la inducción del parto y el aumento, la corioamnionitis, el uso de sulfato de magnesio, y el anterior HPP se asociaron positivamente con un mayor riesgo de hemorragia post parto.¹⁹

HPP también se asocia con la obesidad. En un estudio realizado por Blomberg, el riesgo de hemorragia uterina atónica aumentó rápidamente a medida que aumenta el IMC, en las mujeres con un IMC superior a 40, el riesgo fue del 5,2%, con un parto normal y el 13,6% con parto instrumental.²⁰

El Clinical Practice Obstetrics Committe Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage, definió en abril del 2000 que la hemorragia del embarazo, parto o puerperio puede ocurrir por la alteración de uno más de estos procesos; se pueden denominar como las 4 T's (tabla 1):

- Tono (pobre contracción uterina después del parto),
- Tejidos (retención de productos de la concepción o coágulos)

18. Katty Chica Mendoza. Frecuencia de la hemorragia post parto y postcesárea en pacientes del hospital “Dr Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Guayaquil – Ecuador. 2013

19. Jackson KW; Allbert JR; Schemmer GK; Elliot M; Humphrey A; Taylor J Department of Obstetrics and Gynecology, Carolinas Medical Center, Charlotte, NC, USA. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185(4):873-7

20. Blomberg M. Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical and Experimental Medicine, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden. Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2012; 118(3):561-8

- Trauma (en el tracto genital).
- Trombina (defectos en la coagulación).

La nemotécnica tradicional de las 4Ts: tono, tejido, trauma, y la trombina se puede utilizar para recordar las causas potenciales. En este caso, se añade un quinto, "T" para la inversión uterina que se llamará tracción.²¹

Tabla 1. Causa y factores de riesgo de HPP

	Causas	Factores de riesgo
Atonía uterina (Tono)	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamnionitis	RPM prolongada Fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o rápido Elevada multiparidad
Retención de tejidos (Tejido)	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
Lesión del canal del parto (Trauma)	Desgarros del canal del parto	Parto instrumental Fase de expulsivo precipitada
	Rotura/Deshidencia uterina	Cirugía uterina previa (cesárea) Parto instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Credé
Alteraciones de la coagulación (Trombina)	Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de Hellp CID Embolia de líquido amniótico Sepsis <i>Abruptio placentae</i>
	Congénitas	Enf. de Von Willebrand Hemofilia tipo A

Fuente: Hemorragia post parto. Pamplona – Navarra. 2009²²

21. Maame Yaa A B Yiadom. Postpartum Hemorrhage in Emergency Medicine. <http://emedicine.medscape.com/article/796785-overview#a0104>

22. H. Karlsson, C. Pérez Sanz, Hemorragia post parto. Pamplona – Navarra. 2009

2.2.1.4.1. TONO:

2.2.1.4.1.1. Atonía Uterina

La atonía uterina es definida como la hemorragia puerperal precoz debido a la falta de contracción uterina y sucede aproximadamente en el 5% de todos los partos. Normalmente, esta contracción tetánica constituye una ligadura fisiológica en la zona de implantación placentaria, esta contracción junto a un sistema de coagulación indemne previene la hemorragia puerperal; una alteración cualquiera de estos dos mecanismos causara hemorragia post parto.²³

2.2.1.4.1.1.1. Causas de atonía uterina

- Factores mecánicos: retención de restos placentarios, retención de coágulos.
- Sobredistensión uterina: polihidramnios, gestación múltiple.
- Vaciamiento uterino rápido: fórceps, parto precipitado.
- Factores metabólicos: hipoxia, septicemia, hipocalcemia
- Fármacos: Sulfato de magnesio, halotano, betaadrenérgicos, calcioantagonistas.²⁴

Se entiende como factor mecánico; que el aumento del diámetro uterino, necesite de una mayor fuerza contráctil para cohibir el sangrado, constituyendo así la ligadura fisiológica, ya que la fuerza aumenta en razón directa al cuadrado del diámetro.

Es también una observación que una sobredistensión previa al parto, se acompañe de un tono postparto disminuido, se cree que la hiperextensión, provoque una disrupción de las fibras de actina – miosina, debilitando su posterior fuerza contráctil.

23. Rodriguez Salazar, Elias. Atonia uterine: Estudio descriptivo y factores asociados. Lima – Perú. 2003

24. Fernando Arias. Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo. Elsevier Health Sciences, 1994. 475 pag

El parto precipitado, ha sido también asociado a atonía uterina, aparentemente asociado a agotamiento de la fibra uterina por la hiperdinamia.

Los factores metabólicos; son muy importantes para mantener el trabajo muscular, mediante el aporte de nutrientes y oxígeno. Así la acidosis metabólica, la hipoxia y la hipocalcemia influirán directamente en la contracción uterina.

Los fármacos, tienen también un importante efecto en el tono uterino; por ejemplo el uso indiscriminado de oxitocina puede condicionar taquifilaxia, como también agotamiento, el sulfato de magnesio usado para prevenir las convulsiones puede interferir la activación del complejo actina – miosina mediada por el calcio. Los betaadrenérgicos inhiben eficazmente la contracción uterina incrementada la concentración intracelular de AMPc. El halotano un anestésico inhalatorio produce relajación uterina y se emplea en intervenciones en que se desea un efecto útero relajante rápidamente reversible, sin embargo las pacientes obesas pueden acumular el fármaco ya que es liposoluble. Los calcioantagonistas como el nifedipino también inhiben las contracciones uterinas.²³

2.2.1.4.1.1.2 Diagnóstico

El diagnóstico se realiza cuando después del alumbramiento de la placenta se objetiva un sangrado anormal por la vagina y en la exploración se pone de manifiesto la existencia de un fondo de útero blando con integridad del canal del parto y del útero, y la falta de restos placentarios y coágulos intrauterinos.

23. Rodríguez Salazar, Elias. Atonia uterine: Estudio descriptivo y factores asociados. Lima – Perú. 2003

2.2.1.4.1.1.3. Tratamiento

El tratamiento inicial de la atonía uterina consiste en la práctica de masaje uterino o compresión en los casos más graves y la administración de oxitocina por vía intravenosa. La oxitocina estimula el segmento superior de miometrio, el cual se contrae rítmicamente, estrechando así las arterias espiraladas y disminuyendo el flujo sanguíneo en el útero. La oxitocina es un tratamiento efectivo de primera línea para la HPP en dosis de 10 UI intramuscular o 20 UI en infusión salina, a una velocidad de 250 mL/hora. No deben excederse los 500 mL en 10 minutos para evitar las complicaciones.²⁵

El masaje o la compresión uterina, además de provocar en muchas ocasiones la contracción uterina, puede disminuir por sí mismo la hemorragia y así dar tiempo a que los fármacos administrados realicen su acción farmacológica. La compresión uterina es sencilla en los casos de laparotomía por cesárea. Con el abdomen cerrado, la compresión uterina se puede realizar, estando el útero en anteflexión colocando una mano en vagina y la otra sobre la pared abdominal.

Cuando estas medidas fallan, es necesaria una nueva exploración del canal del parto y del útero para descartar que existan otras causas de hemorragia. Si la exploración es negativa se puede ensayar la administración de maleato de metilergonovina. La vía de administración más aconsejable es la intramuscular, ya que no causa los incrementos tan bruscos de la presión arterial observados cuando su administración es por vía intravenosa; sin embargo, la vía intramuscular es de absorción menos predecible, sobre todo en las pacientes hipotensas. Por sus efectos vasoactivos, este fármaco está contraindicado en las pacientes hipertensas. La dosis habitual de 0,2

25. Dres. J. Anderson; D Etches. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. <http://www.aafp.org/afp/2007/0315/p875.html>

mg de metilergonovina intramuscular puede ser repetida cada 2 a 4 horas²⁵.

Las prostaglandinas favorecen la contractilidad uterina y provocan vasoconstricción. La más utilizada es la metil-15 prostaglandina F2a, o carboprost, la cual puede administrarse en el miometrio mismo o intramuscular, en dosis de 0,25 mg; esta dosis puede ser repetida cada 15 minutos hasta completar los 2 mg. Se ha comprobado que el carboprost controla la hemorragia en el 87% de los pacientes. Ante la falta de respuesta al carboprost puede producirse una corioamnionitis o la aparición de otros factores de riesgo de hemorragia. La única contraindicación absoluta es la hipersensibilidad, pero el carboprost debe ser usado con precaución en pacientes con asma o hipertensión. Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos, diarrea, hipertensión, cefalea, oleadas de calor y pirexia.

El misoprostol es otra prostaglandina que aumenta el tono uterino y disminuye el sangrado postparto. Es efectivo en el tratamiento de la HPP, pero los efectos colaterales limitan su uso. Puede administrarse por las vías sublingual, oral, vaginal y rectal en dosis de 200 a 1.000 mcg; la dosis recomendada de la Federación Internacional de Gineco Obstetricia (FIGO) es 1.000 mcg por vía rectal. Los niveles picos superiores y dosis mayores se asocian con más efectos colaterales como escalofríos, pirexia y diarrea. Aunque el misoprostol es muy usado para el tratamiento de la HPP, en Estados Unidos no está aprobado para esta patología.²⁵

Cuando todas estas medidas no consiguen cohibir la hemorragia, es necesario emplear otras medidas o el tratamiento quirúrgico (tabla2).

25. Dres. J. Anderson; D Etches. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. <http://www.aafp.org/afp/2007/0315/p875.html>

Tabla 2. Procedimientos quirúrgicos y otros empleados para tratamiento de la atonía uterina.¹³

- Taponamiento uterino
- Ligadura de la arteria uterina
- Ligadura de la arteria hipogástrica
- Suturas compresivas
 - Sutura compresiva de B-Lynch
 - Procedimiento Hayman
 - Puntos de Gilstrap
 - Suturas múltiples en cuadrado de Cho
- Catéteres hidrostáticos
 - Balón intrauterino
 - Balón de Bakri
 - Balón de Rüsç
 - Catéter Foley
 - Condón intrauterino
 - Guante
- Embolización arterial selectiva de la arteria uterina
- Traje anti-shock

2.2.1.4.2. TEJIDO:

2.2.1.4.2.1. Retención Placentaria

Los signos clásicos de desprendimiento placentario incluyen la pérdida pequeña de sangre con estiramiento del cordón umbilical y el ascenso leve del útero en la pelvis. El alumbramiento puede ayudarse mediante la maniobra de Brandt-Andrews, la cual consiste en aplicar una tracción firme sobre el cordón umbilical con una mano mientras que la otra ejerce una presión contraria suprapúbica. El intervalo entre el parto y la expulsión de la placenta es de 8 a 9 minutos. Los intervalos mayores se asocian con mayor riesgo de HPP, pudiendo superar los 10 minutos. La placenta retenida (falta de expulsión placentaria durante los 30 minutos siguientes al parto) ocurre en menos del 3% de los

13. Dr. Cabrera. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:23-31. Rev Per GinecolObstet. 2010;56

partos vaginales. Dentro de la definición de retención placentaria se debe distinguir entre placenta encarcerada (aquella en la que un cierre parcial del cérvix impide su expulsión) placenta adherida (la placenta se encuentra adherida a la pared uterina pero es fácilmente separada de forma manual) y acretismo placentario, cuando se produce una invasión patológica del miometrio.²⁶

Una opción de manejo es inyectar 20 mL de solución salina al 0,9% en la vena umbilical, junto con 20 unidades de oxitocina. Esto reduce significativamente la necesidad de la eliminación manual de la placenta, comparado con la inyección de inyección salina sola. Otra opción consiste en la eliminación manual de la placenta, bajo analgesia. Si no se pueden extraer todos los restos de tejido de la pared uterina mediante la disección roma con el borde de un dedo enguantado, se debe sospechar la presencia de placenta invasiva.²⁵

Con poca frecuencia el desprendimiento placentario se retrasa porque la placenta puede presentar una adherencia extraordinaria al sitio de implantación con deciduas escasas o nulas, de modo que la falta de la línea fisiológica de división a través de la capa esponjosa decidual da como consecuencia presentaciones anormales así:

- **Placenta acreta:** Casi todas las vellosidades corionicas penetran a través de la decidua (invaden miometrio).
- **Placenta increta:** Penetración a través del miometrio.

26. Isabel Pérez Herrezuelo, Mercedes Valverde Pareja, Davinia Cobo Aguilar, Drish Moh García. Manejo actual del acretismo placentario. [Http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_02_manejo_actual_del_acretismo_placentario.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_02_manejo_actual_del_acretismo_placentario.pdf)

25. Dres. J. Anderson; D Etches. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. <http://www.aafp.org/afp/2007/0315/p875.html>

- **Placenta percreta:** Puede incluir todos los cotiledones (placenta percreta total), algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal).¹⁸

2.2.1.4.2.2. Restos Placentarios²⁷

Al abordar este tema se deben tener presente las reflexiones hechas anteriormente, ya que las causas fundamentales de esta complicación están dadas por los antecedentes de maniobras forzadas de extracción de la placenta, tracciones enérgicas ejercidas sobre el cordón umbilical, expresión uterina (Credé en útero no contraído), alumbramiento artificial ejecutado manualmente, placentas muy voluminosas y friables o las formas atípicas con cotiledones aberrantes, así como adherencias anormales. Cualquiera de estos eventos predispone a la retención de uno o varios cotiledones.

No es raro que ocurra retención parcial o total de membranas (corion y amnios) durante el parto.

Es cuando uno o más lóbulos placentarios quedan retenidos, lo cual impide que el útero se contraiga eficazmente.

2.2.1.4.2.2.1. Síntomas y signos

Los signos clínicos son locales o generales, según aparezca la hemorragia antes o después de la expulsión de la placenta. Los locales son:

- La hemorragia constituye el signo más importante. Casi nunca es solo intrauterina, sino mixta o externa. La hemorragia externa es indolora,

18. Katty Chica Mendoza. Frecuencia de la hemorragia post parto y postcesárea en pacientes del hospital “Dr Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Guayaquil – Ecuador. 2013

27. Juan Vázquez Cabrera. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. -La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009. 298 pags

la mujer percibe salida de líquido caliente por la vagina y la vulva; la pérdida puede ser inadvertida, si no se vigila cuidadosamente su aparición. Puede ser muy intensa, brutal, en forma de un chorro de sangre líquida o en grandes coágulos que inundan las sábanas, o simplemente continúa fluyendo a gotas rápidas o en hilo continuo, inagotable, a veces discontinuo, escapándose coágulos con cada contracción uterina. La cantidad de sangre expulsada se evalúa a la vista directa y por su repercusión sistémica se inicia de inmediato la reposición de volumen calculado.

- La hemorragia intrauterina distiende la cavidad uterina y aparecerán modificaciones de la situación y consistencia del útero. El útero estará blando, aumentado de tamaño; se dirige hacia la derecha, mal involucionado y de contornos mal definidos.

La distensión hemorrágica del órgano puede limitarse al segmento inferior o localizarse en un cuerno, cuando la placenta está atrapada en ese lugar.

Los signos y síntomas generales o sistémicos estarán relacionados con el volumen de sangre perdida. Aparecerá sed, falta de aire, vértigos, lipotimia, palidez extrema, pulso rápido y débil, la nariz y las extremidades inferiores estarán frías. La tensión arterial descende, disminuirá la diuresis y de continuar aparecerá el choque severo hipovolémico y, eventualmente, la muerte.

2.2.1.4.2.2.2. Diagnóstico

Al examinar la placenta, posterior al parto (inspección que se debe hacer en todos los partos), se observa que la placenta está incompleta por su cara materna.

El lecho del cotiledón retenido muestra un aspecto anfractuoso y es imposible coaptar de los bordes de la zona cruenta. En el caso de retención de cotiledones aberrantes se observa en las membranas, por transparencia y cerca del borde placentario, el extremo truncado del vaso que alimentaba el cotiledón retenido. Obsérvese que no se está recomendando la revisión manual intrauterina como rutina, en realidad se condena por el peligro de sepsis que inútilmente conlleva.

La retención de las membranas se diagnostica al ocurrir el alumbramiento natural y también cuando está indicado el artificial; al percibir que las membranas resisten la tracción y se desgarran o también al examinar la placenta, se aprecia ausencia total o parcial de las membranas.

La ecosonografía es, en la actualidad, un método de gran ayuda en el diagnóstico de esta complicación al permitir visualizar imágenes ecogénicas complejas en la cavidad endometrial postparto, a diferencia de la imagen lineal del endometrio puerperal normal.

En el diagnóstico diferencial entre retención de coágulos organizados, restos placentarios y endometritis puerperal, el ultrasonido también es de ayuda indispensable. A propósito de la endometritis puerperal, es importante atender el cuadro clínico. Si persiste la fiebre alta, la taquifigmia, la toma del estado general, la facie séptica, los loquios fétidos y el dolor a la movilización del útero, se debe vigilar de forma constante y juiciosa a estas pacientes, pues una complicación muy seria es la endometriitis puerperal, cuyo tratamiento médico con antibióticos es ineficaz, pues los medicamentos no alcanzan a estas lesiones infectadas del endometrio y obligan a tomar una decisión muy delicada, pero inexcusable, que es el tratamiento quirúrgico radical

(histerectomía) como único proceder capaz de garantizar la supervivencia materna.

2.2.1.4.2.2.3. Tratamiento

Es útil enfocar el proceder obstétrico de la manera siguiente.

Tratamiento preventivo:

- Respetar y cumplir la fisiología del alumbramiento, sin intervenir, solo expectante y con abstención de masajes uterinos o tracción sobre el cordón. Ya se señaló que es preferible el parto dirigido con oxitocina y aun antes de la terminación del período expulsivo.
- Examen cuidadoso de la placenta, después del parto, en todas las pacientes, para estar seguros de su integridad.
- Vigilar y cuidar a la paciente en la sala de puerperio inmediato o las camas de alojamiento conjunto, cuantificar las pérdidas de sangre, la tensión arterial, el pulso, la involución uterina (globo de seguridad). Asegurarse de que no exista globo vesical que favorezca la subinvolución uterina y, de existir, evacuarlo espontáneamente o incluso por sonda vesical.

Tratamiento definitivo o curativo:

- En primer lugar, su objetivo es lograr la hemostasia, diagnosticando y actuando para suprimir la causa de la hemorragia.
- En segundo lugar, reponer y mejorar las consecuencias de la hemorragia mediante cuidados progresivos de reanimación y tratamiento de las pérdidas masivas de sangre.

En esta complicación postparto pueden ocurrir diferentes posibilidades:

- La placenta está en el interior del útero. La hemostasia no se logra mientras no se pueda evacuar el útero. Se iniciará entonces administración de soluciones salinas de oxitocina y se hará expresión gentil o simple de Credé en el fondo uterino, aprovechando una contracción vigorosa del útero. Si no hay respuesta para lograr la expulsión placentaria y de acuerdo con la cantidad del sangrado, se decidirá de inmediato el alumbramiento artificial (manual) con anestesia y rigurosos cuidados de asepsia y antisepsia.
- Si la placenta no está en el útero y a pesar de administrar oxitócicos, el sangramiento persiste, será obligatorio la revisión manual de la cavidad uterina, que es insustituible para el diagnóstico definitivo de retención placentaria y membranas e indispensable para el diagnóstico diferencial con la rotura uterina, el acretismo placentario, las lesiones cervicovaginales, etc., referidas en sus capítulos correspondientes.

En ambos eventos es obligatorio indicar antibióticos por vía parenteral.

2.2.1.4.3. TRAUMATISMO:

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo, en especial en algunas operaciones obstétricas (fórceps, versión interna). Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero).⁸

- **Desgarro Vulvar:**

Los desgarros de la vulva con frecuencia la continuidad de los desgarros de la vagina y periné. Los desgarros que afectan a la zona

8. Jesus Jairo Bonifaz Guerrero. Hemorragias post-parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Ecuador

del clítoris son particularmente sangrantes, pudiéndose producir hematomas.¹⁸

- **Desgarro Vaginal:**

Los desgarros aislados que afectan el tercio medio o superior de la vagina pero que no se relacionan con desgarros del periné o del cuello del útero se observa con menor frecuencia. Estos generalmente son longitudinales y suelen depender de lesiones sufridas, durante un parto con fórceps o al vacío, pero puede aparecer incluso en parto espontáneo. Estos desgarros suelen extenderse hasta planos profundos hacia los tejidos subyacentes, y pueden dar lugar a hemorragias importantes, que por lo general se controla por medio de la colocación apropiada de puntos de sutura. Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes. A menudo son superficiales con poca hemorragia o ninguna, y por lo general, no está indicado repararlos. Si esos desgarros son lo suficientemente grandes como para que exijan reparación extensa, pueden anticiparse dificultades para orinar y se le coloca una sonda de permanencia.¹⁸

- **Lesiones del cuello uterino:**

El cuello del útero se desgarra en más de la mitad de los partos vaginales. Casi todos estos son de menos de 0.5cm. Los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. Sin embargo en raras circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del cuello del útero, desde la vagina, colporexis en los fondos de saco anterior, posterior o lateral. Esas lesiones aparecen después de las rotaciones con fórceps difíciles o de partos efectuados a

18. Katty Chica Mendoza. Frecuencia de la hemorragia post parto y postcesárea en pacientes del hospital “Dr Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Guayaquil – Ecuador. 2013

través de un cuello uterino no dilatado por completo. Rara vez los desgarros cervicouterinos pueden extenderse para afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus principales ramas, incluso a través del peritoneo.

Los desgarros del cuello uterino de hasta 2cm deben considerarse inevitables en el parto. Esos desgarros cicatrizan con rapidez y rara vez son la fuente de alguna dificultad. Al cicatrizar causan un cambio importante de la forma redonda del orificio externo, desde circular antes del trabajo de parto hacia apreciablemente ensanchada después del parto.¹⁸

- **Desgarros perineales:**

Existen varios grados de profundidad, se clasifican según del grado de extensión que tengan, según afecten solo la piel y tejido subcutáneo (I°), la musculatura perineal (II°), el esfínter anal (III°) o incluso la mucosa rectal (IV°).

Deben identificarse cada una de las estructuras (capas musculares, tejido subcutáneo, piel) y repararse individualmente ya que la simple sutura del desgarro cutáneo no es adecuada, siendo especialmente importante recuperar la integridad del esfínter anal cuando está afecto.²⁹

Tratamiento:

Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar del sangrado y reparar:

- Desgarros perineales y vaginales: suturar con catgut crómico 2/0.
- Desgarro cervical: pinzar con pinzas de anillos los bordes del desgarro y

18. Katty Chica Mendoza. Frecuencia de la hemorragia post parto y postcesárea en pacientes del hospital “Dr Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Guayaquil – Ecuador. 2013

29. Ari Chiriboga Dorado. Causas Y Factores De Riesgo Que Conllevan A Presentar Hemorragias Post-Parto En Pacientes Atendidas En El Hospital Enrique C. Sotomayor De Septiembre 2012 A Febrero 2013. Ecuador.

suturar con catgut crómico 2/0.¹

2.2.1.4.4. TROMBINA:

Los trastornos de la coagulación son una causa rara de HPP y posiblemente no respondan a las medidas descritas antes. La mayoría de las coagulopatías ya está diagnosticada antes del parto, lo que permite prevenir la HPP. Estos trastornos incluyen la púrpura trombocitopénica idiopática, la púrpura trombocitopénica trombótica, la enfermedad de von Willebrand y la hemofilia. Las pacientes también pueden desarrollar el síndrome HELLP (hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia) o el síndrome de coagulación intravascular diseminada. Los factores de riesgo de esta última son la preeclampsia grave, la embolia de líquido amniótico, la sepsis, el desprendimiento de placenta y la retención prolongada de restos fetales. El desprendimiento de placenta se asocia con el uso de cocaína y con trastornos hipertensivos. La hemorragia profusa puede generar la depleción de los factores de la coagulación y provocar una coagulopatía por consumo, la cual aumenta la hemorragia. Los defectos de la coagulación se sospechan cuando la paciente no ha respondido a las medidas habituales para el tratamiento de la HPP, y en aquellas que no forman coágulos o sangran en los sitios de punción.

La evaluación debe incluir el recuento de plaquetas y la determinación del tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina, el nivel de fibrinógeno y los productos de degradación de la fibrina (por ej., d-dímero). El manejo consiste en el tratamiento del proceso subyacente, el mantenimiento del volumen intravascular, la evaluación seriada del estado de la coagulación y el aporte correspondiente de los componentes hemáticos. Otra opción a

¹ Ministerio de Salud; Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria: guía técnica/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima; 2007.

considerar es la administración del factor recombinante VIIa o de medicamentos que favorecen la coagulación (por ej., ácido tranexámico).²⁵

2.2.1.4.5. TRACCIÓN (INVERSIÓN UTERINA):

Inversión uterina es una complicación obstétrica infrecuente y potencialmente peligroso. Inversión uterina puede ocurrir en el período inmediatamente posterior al parto o, con menor frecuencia, durante el puerperio. Las inversiones se describen generalmente como reciente / agudo (<30 d después del parto) o crónico (> 30 días después de la entrega). Dentro de la categoría de la reciente inversión, se hace una distinción entre las variedades aguda y subaguda. Inversiones agudas ocurren dentro de las primeras 24 horas después del parto, mientras que las inversiones que se producen más de 24 horas después del parto, pero antes del día 30 de postparto se denominan subaguda.²⁸

El mecanismo de producción de la inversión uterina es, en la gran mayoría de casos, la tracción intempestiva del cordón, estando la placenta adherida firmemente al fondo del útero y el miometrio relajado, junto con presión externa sobre el fondo, de aquí que Pritchard apuntase que la inexperiencia del personal que atiende los partos es el factor causal más importante en la inversión uterina. Otros factores implicados han sido la utilización de fármacos uterorrelajantes (sulfato de magnesio), el vaciamiento rápido de un útero hiperdistendido y la extracción manual de la placenta.

Clínicamente, la inversión uterina se presenta en más del 90% de los casos en forma de hemorragia grave acompañada, en un alto porcentaje, de shock. Tradicionalmente se ha considerado que el shock que se produce en la

25. Dres. J. Anderson; D Etches. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. <http://www.aafp.org/afp/2007/0315/p875.html>

28. John P O'Grady, MD, MA. Malposition of the Uterus. <http://emedicine.medscape.com/article/272497-overview#aw2aab6b7>

inversión uterina sería secundario a la combinación de dos fenómenos: por un lado, a la pérdida hemática y, por el otro, a la hipotensión refleja por estimulación parasimpática. Esta creencia surgió por la observación de que la magnitud del shock no se correspondía a la pérdida hemática; sin embargo, es muy probable, según algunos autores, que la hemorragia en estos casos se infravalore. Apoyaría este hecho que la resolución del shock se consigue en la mayoría de casos con la administración de grandes volúmenes de sangre.¹²

Clasificación²⁸ :

Grado	Definición
Primero	Pared uterina invertida se extiende hasta, pero no a través del cuello del útero
Segundo	Pared uterina invertido sobresale a través del cuello uterino, pero permanece en la vagina
Tercera	Fondo uterino invertida se extiende fuera de la vagina
Cuarto	La inversión total, tanto de la vagina y el útero se invierten

La confirmación del diagnóstico se realiza mediante la exploración, al observar una masa en vagina que en los casos de inversión total puede sobresalir por el introito vaginal, junto con la no palpación del fondo del útero en el abdomen.

El tratamiento inicial de la inversión uterina debe contemplar la corrección del shock antes de la reposición manual del útero. Seguidamente se intentará reponer el útero a su situación normal mediante la técnica descrita por Johnson que consiste en desplazar manualmente el fondo del útero invertido a su situación normal, por el cérvix.

12. Alcívar Alcívar Luis Ernesto Figueroa Zambrano Carlos Cristians. Causas Y Factores De Riesgo Que Aumentan La Incidencia De Hemorragia post parto En El Área Gineco Obstétrica Del Hospital Verdi Cevallos Balda En El Periodo Octubre 2010 A Marzo 2012. Ecuador.

28. John P O'Grady, MD, MA. Malposition of the Uterus. <http://emedicine.medscape.com/article/272497-overview#aw2aab6b7>

Esta técnica en un primer momento se puede realizar sin anestesia. Si la placenta permanece unida al fondo del útero, se debe proceder a la reposición del útero a la situación normal antes de proceder a su separación. Una vez que el útero se encuentra en su situación normal, es necesario administrar fármacos uterotónicos (oxitocina, PGF₂, etc.) para asegurar la contracción uterina. La mano del operador no se debe retirar de la cavidad uterina hasta que el útero esté bien contraído. En los casos en que el cérvix forme un anillo de constricción alrededor del útero e impida su reposición, es necesaria la administración de sustancias uteroinhibidoras (betamiméticos o sulfato de magnesio); si a pesar de ello no se consigue una correcta relajación, estará indicada la utilización de anestésicos halogenados (halotano).

Cuando todas estas técnicas fracasan, es necesario poner en práctica técnicas quirúrgicas ya sea por vía vaginal, con la sección anterior del anillo de constricción, reposición y posterior reparación (técnica de Spinelli) o bien por vía abdominal realizando tracción de los ligamentos hasta la total reposición del útero (técnica de Huntington) o mediante la sección posterior del cérvix.²⁹

29. Ari Chiriboga Dorado. Causas Y Factores De Riesgo Que Conllevan A Presentar Hemorragias Post-Parto En Pacientes Atendidas En El Hospital Enrique C. Sotomayor De Septiembre 2012 A Febrero 2013. Ecuador.

CAPÍTULO III

3.1. Hipótesis

- En las pacientes atendidas en el departamento de ginecoobstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2012 – 2013, se presentan casos de Hemorragia Puerperal

3.2. Operacionalización de variables

VARIABLE		INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Factores de riesgo maternos		Edad	1) < 15 años 2) 15 - 24 años 3) 25 - 35 años 4) > 35 años	Intervalo
		Periodo intergenésico	1) 1 año 2) 2 años 3) 3 años a más	Intervalo
		Paridad	1) Nulípara 2) Primípara 3) Multípara 4) Gran Multípara	Nominal
		Control prenatal (CPN)	1) ninguno 2) 1 – 4 controles 3) 5 a más	Intervalo
Factores de riesgo maternas	Patologías maternas	-Anemia	1)Si - 2)No	Nominal
		-Embarazo múltiple	1)Si – 2)No	Nominal
		-Diabetes mellitus	1)Si – 2)No	Nominal
		-Miomatosis uterina	1)Si – 2)No	Nominal
		Trastorno Hipertensivo del embarazo	1)Si – 2)No	Nominal
		-Trastorno de coagulación	1)Si - 2)No	Nominal

		- Hidramnios	1)Si – 2)No	Nominal
		-Antecedente de Hemorragia post parto	1)Si – 2)No	Nominal
		-Cirugía uterina previa	1)Si – 2)No	Nominal
Factores de riesgo perinatales		-Parto	1) Vaginal 2) Abdominal	Nominal
		-Parto vaginal	1) Espontáneo 2) Inducido 3)Instrumentado	Nominal
		-Alumbramiento	1) Espontáneo 2) Dirigido 3) Manual	Nominal
		-Peso del Recién nacido	1)< 2,5 2).5 - 3.0 3)3.1 - 3.5 4)3.6 - 3.9 5)> 4	Intervalo
Causas Hemorragia Postparto		- Atonía uterina	1)Si – 2)No	Nominal
		-Hipotonía uterina	1)Si – 2)No	Nominal
		-Retención placentaria	1)Si – 2)No	Nominal
		-Restos placentarios	1)Si – 2)No	Nominal
		-Trastorno de coagulación	1)Si – 2)No	Nominal
		- Ruptura uterina	1) Si – 2)No	Nominal
		- Inversión uterina	1) Si – 2)No	Nominal
	-Lesión de canal blando	1) Si – 2) No	Nominal	
Hemorragia Post Parto		Pérdida de sangre	500 a más (vaginal) 1000 a más (cesárea)	Intervalo

CAPÍTULO IV

4.1. Tipo y diseño

Para realizar este trabajo se utilizó una investigación de tipo descriptivo, corte transversal, retrospectiva.

La investigación es no experimental

4.2. Ámbito de estudio

Comprende el Departamento de Gineco - obstetricia perteneciente al Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2012 - 2013

4.3. Población y muestra

La población está conformada por 6 pacientes que presentaron hemorragia puerperal inmediata (parto vaginal y cesárea) atendidas en el área de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue en el periodo comprendido entre los años 2012 – 2013

4.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes atendidas durante el parto y post parto que presentaron hemorragia puerperal inmediata en el departamento de gineco – obstetricia del hospital Hipólito Unanue, en el periodo de 2012 a 2013.
- Pacientes con historia clínica completa.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que fueron atendidas durante el parto y post parto pero sin presentar hemorragia puerperal en el departamento de gineco – obstetricia del hospital Hipólito Unanue, en el periodo de 2012 a 2013.

- Pacientes con historia clínica incompleta.

4.4. Instrumento de recolección de datos

- Análisis de contenidos bibliográficos, lecturas científicas, y revisión de Historias clínicas de las pacientes atendidas durante el parto y post parto en el departamento de gineco – obstetricia del hospital Hipólito Unanue, en el periodo de 2012 a 2013. El instrumento para la recolección fue una ficha (véase anexo 1)

4.5. Procedimiento de análisis de datos

La información se procesó y tabuló en una base de datos creada en Excel. La presentación de análisis de datos generados por los cuestionarios, se obtendrá por medio un modelo estadístico (análisis de gráficas circulares, tablas, porcentajes) y se utilizará el SPSS versión 21.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

TABLA N° 1

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA PUERPERAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2012 – 2013

		n	%
Puérperas inmediatas	No HPP	4553	99.87%
	Si HPP	6	0.13%
	Total	4559	100.0%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: Se observa en la tabla N°1 que de las 4559 pacientes atendidas en el departamento de Gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue 2012 – 2013, el 0.13 % presentaron HPP, mientras que el 99.87% no presentó hemorragia puerperal.

TABLA N°2

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA PUERPERAL SEGÚN EL TIPO DE PARTO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2012 – 2013

		Hemorragia Puerperal	
		N	%
Vaginal	No	2413	99.91%
	Si	2	0.09%
Cesárea	No	2140	99.81%
	Si	4	0.19%
Total		4559	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DE RESULTADOS: En la tabla N°2 se observa el porcentaje de pacientes que presentaron hemorragia puerperal según el tipo de parto.

De las 6 pacientes que tuvieron HPP; y el 0.09% fue por parto vaginal y el 0.19% fue por cesárea.

TABLA N°3

**EDAD DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA
PUERPERAL ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO
2012 - 2013**

		Hemorragia Puerperal	
		N	%
Edad	< 15 años	0	0%
	15 – 24	3	50%
	25 a 35	3	50%
	> 35	0	0%
	Total	6	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: En la tabla N°3 se observa que de las 6 pacientes que presentaron hemorragia puerperal, el 50% fue comprendido entre 15 a 24 años, y de 25 a 35 años el 50%.

TABLA N°4

**PARIDAD DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA PUERPERAL
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL
HHU 2012 - 2013**

		Hemorragia puerperal	
		n	%
Paridad	Nulípara	2	33.3%
	Primípara	0	0.0%
	Múltipara	4	66.7%
	Gran múltipara	0	0.0%
	Total	6	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: En la tabla N° 4 se presenta la paridad de las pacientes que presentaron hemorragia post parto en el departamento de gineco - obstetricia del HHU, representando las múltiparas el 66.7% y las nulíparas el 33.3%.

TABLA N°5

**CIRUGÍAS UTERINAS PREVIAS EN LAS PACIENTES QUE
PRESENTARON HEMORRAGIA PUERPERAL ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HHU 2012 - 2013**

		Hemorragia puerperal	
		N	%
Cirugías uterinas previas	Ninguna	4	66.8%
	1	1	16.6%
	2	1	16.6%
	3 ó >	0	0
	Total	6	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: En la tabla N°5 se observa la cantidad de cirugías uterinas previas de las pacientes que presentaron hemorragia post parto atendidas en el departamento de gineco - obstetricia del HHU 2012 – 2013. Viendo que las pacientes que no tuvieron cirugía previa fue el 66.8%, las que tuvieron 1 cirugía uterina previa representa el 16.6%.

TABLA N°6

**PERIODO INTERGENÉSICO EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON
HEMORRAGIAS PUERPERAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO -
OBSTETRICIA DEL HHU 2012 – 2013**

		Hemorragia puerperal	
		n	%
Periodo intergenésico	sin gesta previa	2	33.3%
	1 año	0	0.0%
	2 años	0	0.0%
	3 a >años	4	66.7%
	Total	56	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: En la tabla N°6 se presenta los diferentes períodos intergenésicos encontrados en las pacientes que tuvieron hemorragia puerperal en el departamento de Gineco - obstetricia del HHU 2012 – 2013.

En la tabla se observa que de las 6 pacientes que presentaron HPP, el 66.7% de ellas tenían un periodo intergenésico 3 años a más y el 33.3% no ha presentado gestación previa

TABLA N°7

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA PUERPERAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO -
OBSTETRICIA DEL HHU 2012 - 2013**

		Hemorragia puerperal	
		n	%
Diabetes mellitus	No	6	100%
	Si	0	0%
	Total	56	100%
Trastorno hipertensivo	No	5	90%
	Si	1	10%
	Total	6	100%
Hemorragia post parto anterior	No	4	66.7%
	Si	2	33.3%
	Total	6	100%
Anemia	No	2	33.3%
	Si	4	66.7%
	Total	6	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: En la tabla N° 7 se observa los diferentes antecedentes patológico de las pacientes que presentaron Hemorragia post parto en el departamento de gineco - obstetricia, de las cuales el 66.7% tenía anemia, 33.3% HPP anterior, 10% HPP anterior.

TABLA N°8

**GESTACIÓN ÚNICA O MÚLTIPLE E HIDRAMNIOS EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA PUERPERAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO -
OBSTETRICIA DEL HHU 2012 - 2013**

		Hemorragia Puerperal	
		n	%
Gestación actual	Única	3	50%
	múltiple	3	50%
	Total	6	100%
Hidramnios	No	6	100%
	Si	0	0.0%
	Total	56	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: En la tabla N° 8 se observa el porcentaje gestación múltiple e hidramnios de las pacientes que presentaron hemorragia post parto atendidas en el departamento de gineco - obstetricia del HHU 2012 – 2013

El 50% de pacientes con gestación múltiple tuvieron HPP

TABLA N° 9

**PESO DEL RECIÉN NACIDO Y TIPOS DE ALUMBRAMIENTOS
PRESENTADAS EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON
HEMORRAGIA PUERPERAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO -
OBSTETRICIA EN EL HHU 2012 - 2013**

		Hemorragia puerperal	
		n	%
Episiotomía	No	56	100%
	Si	0	0.0%
	Total	56	100%
Desgarros	No	56	100%
	Si	0	0.0%
	Total	56	100%
Peso del recién nacido	< 2,5	0	0.0%
	2.5 - 3.0	3	50%
	3.1 - 3.5	2	33.3%
	3.6 - 3.9	0	0.0%
	> 4	1	16.7%
	Total	6	100%
Alumbramiento	Espontáneo	0	0.0%
	dirigido	2	33.3%
	manual	4	66.7%
	Total	6	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DEL RESULTADO: En la tabla N° 9 se observa peso de los recién nacidos, de las pacientes que presentaron hemorragia post parto atendidas en el departamento de gineco - obstetricia del HHU 2012 – 2013. Según el peso de los recién nacidos, el intervalo con mayor porcentaje fue 2.5 – 3.0 kg (50%)

TABLA N°10

**CAUSAS DE HEMORRAGIA PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS
EN EL DEPARTAMENTO GINECO – OBSTETRICIA DEL HHU 2012 - 2013**

		Hemorragia puerperal	
		N	%
Atonía uterina	No	5	83.3%
	Si	1	16.7%
	Total	6	100%
Hipotonía uterina	No	1	16.7%
	Si	5	83.3%
	Total	6	100%
Lesión del canal blando	No	56	100%
	Si	0	0.0%
	Total	56	100%
Restos placentarios	No	56	100%
	Si	0	0.0%
	Total	56	100%
Trastorno Coagulación	No	56	100%
	Si	0	0.0%
	Total	56	100%

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes que atendidas durante el post parto en el departamento de gineco - obstetricia durante el periodo 2012 – 2013 en el HHU

ANÁLISIS DE RESULTADO: En la tabla N° 10 se observa las cuatro causas principales de hemorragia puerperal.

Viéndose que el 83.3% presentaron hipotonía uterina, y el 16.7% tuvo atonía uterina.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La Organización mundial de la Salud presenta a la HPP como una condición prevenible y manejable en los países desarrollados; sin embargo, en los países en vías de desarrollo las estadísticas muestran que es un problema de salud pública.

En el departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue 2012 – 2013, la frecuencia fue del 0.13% de las pacientes que tuvieron hemorragia puerperal, y según el tipo de parto vaginal 0.09%, cesárea 0.19%, tomando en cuenta la cantidad de sangrado según el tipo de parto, tal como se indica en la teoría, cifra menor en comparación con el trabajo “Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”, donde se estimó la frecuencia de HPP en 2.61%, y por vía del parto vaginal 53.3% y cesárea 46.66%, y en el estudio “Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato : estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003” que tuvo como frecuencia 3.03%, y dependiendo el tipo de parto vaginal 3.21% y cesárea 2.63%.

Si bien la frecuencia es muy baja puede ser debido a los problemas en estimar la cantidad de sangre de pérdida, en el presente trabajo la medición de la pérdida de sangre registradas en las historias clínicas fueron a través de la estimación visual sin una medición objetiva. Muchos estudios demuestran que la estimación visual difiere entre 30 y 50% con la pérdida real.

Los intervalos de edades que presentaron HPP fueron comprendidos entre 15 a 24 años (50%), y 25 a 35 años (50%), teniendo en cuenta que la edad si es un factor de riesgo para la HPP en mujeres < 15 años y > 35 años, en comparación con los trabajos: “Incidencia, factores de riesgo y tratamiento en el hospital Angela Llano.

Enero y febrero del 2005”, con edad promedio 25 +- 7 años, y “Hemorragias postparto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Ecuador”, que el resultado encontrado fue el 32% entre las edades comprendidas de 24 - 29 años.

En el trabajo se observó que 66.7% eran multíparas presentaron HPP, cifra similar con el estudio Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013. La explicación de este hallazgo se puede encontrar en el hecho de que no es la contracción del útero lo que previene la hemorragia, sino la retracción de la fibra miometrial. Esta retracción se ve afectada en el útero de la multípara por la edad, la cicatrización y el agotamiento. Igualmente, cambios escleróticos en los vasos uterinos llevan a que éstos se ocluyan con más dificultad, lo que facilita el sangrado continuo y puede llevar a una hemorragia posparto.

También se halló en menor porcentaje (33.3%) que las nulíparas presentaron hemorragias postparto en el departamento de gineco – obstetricia en el HHU pudo ser debido a la falta de colaboración durante el parto y postparto, cifra menor en comparación con el trabajo de investigación “Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador”, en el cual el porcentaje de nulíparas es de 42,2%.

En la investigación se vio que los factores de riesgo para hemorragia post parto como: cirugías uterinas previas fue del 16.6%, teniendo en cuenta que a más números de cirugías uterinas previas, más riesgo de tener HPP, el periodo intergenésico 3 a más años fue del 66.7%, trastorno hipertensivo 10% , hemorragia post parto 33.3% , anemia 66.7%, la gestación múltiple el 50%, y el peso del recién nacido en el intervalo 2.5 – 3.0 kg con mayor porcentaje (50%). Según en el estudio Rivero los factores de riesgo que encontraron fueron: primigesta 32%, edad extrema

< 18 o >35 años 16%, gran multípara 15% y anemia 14.7%, en otro estudio “Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias post-parto en pacientes atendidas en el hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero 2013” los resultados fueron anemia 40% y trastorno hipertensivo 20%

En el trabajo se hallaron como causas de hemorragia puerperal la atonía uterina (16.7%) e hipotonía uterina (83.3%) ; a diferencia del estudio Hemorragia post parto: Incidencia, factores de riesgo y tratamiento en el hospital Angela Llano. Enero y febrero del 2005. Argentina, en que las causas fueron: hipotonía uterina 37,5%, retención de restos 37,5% y desgarro cervical 25%.

El presente trabajo de investigación sobre Hemorragia Puerperal Inmediata en pacientes atendidas en el departamento de Gineco - Obstetricia Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna 2012 – 2013, no tiene antecedentes de estudios previos realizados con el mismo diseño metodológico, con los cuales se puedan comparar y discutir.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- Después de realizada la investigación se pudo constatar que 0.13% de las pacientes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del hospital Hipólito Unanue 2012 – 2013 presentaron hemorragia puerperal. Según el tipo de parto vaginal fue 0.09% y cesárea 0.19%, sin gran diferencia significativa según el tipo de parto
- Las causas de hemorragia puerperal que se evidenciaron en esta investigación fueron la atonía uterina e hipotonía uterina.
- Los factores de riesgo identificados en orden decreciente fueron: anemia (66.7%), multípara (66.7%), gestación múltiple (50%), hemorragia postparto anterior (33.3%), cirugía uterina previa (16.6%) y trastorno hipertensivo (10%)

RECOMENDACIONES

- Realizar una completa y correcta Historia Clínica de cada paciente que ingresa al área de preparto – parto – post parto, para de esta forma contar con datos más precisos y confiables, los cuales nos den una idea si estamos o no frente a una paciente que tenga factores de riesgo para presentar una hemorragia post-parto.
- Se recomienda al personal de salud dar orientación a las futuras madres y gestantes sobre la importancia de una adecuada alimentación para disminución los casos de anemia.
- Sería bueno recomendar la implementación de la medición real de las pérdidas sanguíneas en el parto a través de una bolsa de recolección de plástico transparente. Luego del nacimiento, la bolsa plástica se colocaría debajo de las nalgas de la mujer. Se dejaba fluir la sangre dentro de la bolsa mientras la mujer permanezca en la camilla o silla. Se registrará la hora del parto, la hora de inicio y finalización de la recolección de sangre. La sangre se recolectará hasta que el profesional salud considere que ya no era significativa. Una vez finalizada la recolección de sangre, la sangre se verterá en un frasco calibrado y se cuantificará.
- Si se llegará a implementar tal forma de medición de la pérdida de sangre post-parto, con historias clínicas completas, sería recomendable volver a realizar un trabajo de investigación, para contar con datos más fidedignos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud; Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima; 2007.
2. Yahaira Coello Ching. Hemorragia post parto inmediata en gestante adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. Rev. “Medicina” Vol.11 N°3. Año 2005. Guayaquil – Ecuador
3. Campelo T, Fraca M, Haya J, Bajo J. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Hemorragias del alumbramiento y postparto inmediato. 2007
4. Rivero, Mabel Iy Col. Hemorragia post parto: Incidencia, factores de riesgo y tratamiento en el hospital Angela Llano. Enero y febrero del 2005. Argentina
5. Anali Valeria Ortiz Gavilan; Laura Miño y Col. Hemorragia puerperal. Argentina. 2009
6. Claudio G. Sosa, MD, y Col. Factores de riesgo para la hemorragia post parto en partos vaginales en población latinoamericana. 2009
7. Verónica Chamy P, Felipe Cardemil M, Pablo Betancour M, Matías Ríos S, Luis Leighton V. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Santiago 2009
8. Jesus Jairo Bonifaz Guerrero. Hemorragias post-parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Ecuador
9. Elaine M Fyfe, John MD Thompson, Ngaire H Anderson, Katie M Groom, Lesley M McCowan La obesidad materna y la hemorragia post parto después de parto vaginal y por cesárea entre las mujeres nulíparas a término. BMC Pregnancy Childbirth Nueva Zelanda. 2012
10. Haimée Emerich Lentz Martins y Col. Mortalidad materna por hemorragia ocurrida en el estado de Santa Catarina, Brasil. 2013

11. Pariguana López, Jenny Marisa, Santos Yauricaza, Yessica. Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato : estudio caso - control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003. Perú.
12. Alcívar Alcívar Luis Ernesto Figueroa Zambrano Carlos Cristians. Causas Y Factores De Riesgo Que Aumentan La Incidencia De Hemorragia post parto En El Área Gineco Obstétrica Del Hospital Verdi Cevallos Balda En El Periodo Octubre 2010 A Marzo 2012. Ecuador.
13. Dr. Cabrera. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:23-31. Rev Per GinecolObstet. 2010;56
14. John R Smith, MD, FRSCS, FACOG. <http://emedicine.medscape.com/article/275038>. Hemorragia post parto. 20 de diciembre 2012
15. Cabero, Saldivar. Operatoria Obstétrica: Una visión Actual. Ed. Médica Panamericana, 2009. 376pags
16. Alvear, Gleicher, MD. Hemorragia post parto. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina 2000. pp. 1761-1762.
17. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Nicaragua
18. Katty Chica Mendoza. Frecuencia de la hemorragia post parto y postcesárea en pacientes del hospital “Dr Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Guayaquil – Ecuador. 2013
19. Jackson KW; Allbert JR; Schemmer GK; Elliot M; Humphrey A; Taylor J Department of Obstetrics and Gynecology, Carolinas Medical Center, Charlotte, NC, USA. A randomized controled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol. 2001; 185(4):873-7

20. Blomberg M. Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical and Experimental Medicine, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden. Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2012; 118(3):561-8
21. Maame Yaa A B Yiadom. Postpartum Hemorrhage in Emergency Medicine. <http://emedicine.medscape.com/article/796785-overview#a0104>
22. H. Karlsson, C. Pérez Sanz, Hemorragia post parto. Pamplona – Navarra. 2009
23. Rodriguez Salazar, Elias. Atonia uterine: Estudio descriptivo y factores asociados. Lima – Perú. 2003
24. Fernando Arias. Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo. Elsevier Health Sciences, 1994. 475 pag
25. Dres. J. Anderson; D Etches. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. <http://www.aafp.org/afp/2007/0315/p875.html>
26. Isabel Pérez herrezuelo, Mercedes Valverde Pareja, Davinia Cobo Aguilar, Drish Moh García. Manejo actual del acretismo placentario. Http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_02_manejo_actual_del_acretismo_placentario.pdf
27. Juan Vázquez Cabrera. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. -La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009. 298 pags
28. John P O'Grady, MD, MA. Malposition of the Uterus. <http://emedicine.medscape.com/article/272497-overview#aw2aab6b7>
29. Ari Chiriboga Dorado. Causas Y Factores De Riesgo Que Conllevan A Presentar Hemorragias Post-Parto En Pacientes Atendidas En El Hospital Enrique C. Sotomayor De Septiembre 2012 A Febrero 2013. Ecuador.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

“HEMORRAGIA PUERPERAL INMEDIATA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2012 – 2013”

Nombre de la Paciente:

Número de Hist Clínica:

Fecha del parto:

Edad:(poner la edad) 1) < 15a_____ 2)15-24a_____ 3)25-35a_____ 4)>35_____

Peso:_____ **Talla:**_____

IMC: 1)18,50-24.99_____ 2)25-29.99_____ 3)30-34.99_____ 4)35-39.99_____ 5)>40_____

G___ **P**___

<500cc prenatal: 1) ninguno 2) 1-4 3) 5 o >_____

Periodo intergenésico: 1) 1 año _____ 2) 2 años_____ 3) 3 a >años_____

Cx uterina previas: 1)1 2) 2 3) 3 o más_____ 4) No

Antecedentes patológicos personales:

- Diabetes Mellitus 1)Si 2) No
- Trastorno Hipertensivo 1)Si 2) No
- Hemorragia post parto previa 1)Si 2)No
- Trastorno de coagulación 1)Si 2)No
- Miomatosis uterina 1)Si 2)No
- Anemia (< 12 g/dl o <36%) 1) Si 2)No

Gestación actual única_____ múltiple _____

Presencia de hidramnios: 1)Si 2)No

Finalización del embarazo actual: 1)Vaginal 2)Cesárea

Labor: Espontánea 1)Si 2)No

Inducida 1)Si 2)No

Episiotomía 1)Si 2)No Desgarros 1)Si 2)No Instrumentado 1)Si 2)No

Peso RN 1)< 2.5kg 2)2.5 - 3.0kg 3)3.1 – 3.5kg 4)3.6 – 3.9kg 5)>4kg

Alumbramiento: 1)Espontáneo 2)Dirigido

Atonía uterina 1)Si 2)No

Retención placentaria 1)Si 2)No

Restos placentarios 1)Si 2)No

Lesión de canal blando 1)Si 2)No

Ruptura uterina 1)Si 2)No

Inversión uterina 1)Si 2)No

Cantidad de sangrado: _____

Tratamiento: 1) Conservador 2) Quirúrgico

Muerte Materna 1)Si 2)No