



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

**PERFIL DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL**

TEMA:

**FACTORES CAUSALES RELEVANTES DE HEMORRAGIA POST PARTO
CEFALO VAGINAL EN PACIENTES MULTÍPARAS ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL “HOSPITAL GENERAL DR.
ENRIQUE GARCES” QUITO, PERÍODO SEPTIEMBRE DEL 2012 –
AGOSTO DEL 2013.**

AUTORAS:

María Soledad Avalos Gaibor.

Tania Magali Tixe Padilla

TUTORES: Dr. Iván Cevallos

Msc. Clara Mayorga

Quito – 2013

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación del título:

“FACTORES CAUSALES RELEVANTES DE HEMORRAGIA POST PARTO CEFALO VAGINAL EN PACIENTES MULTIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL “HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE GARCES” QUITO, PERIODO SEPTIEMBRE DEL 2012 – AGOSTO DEL 2013”,
presentado por: María Soledad Avalos Gaibor y Tania Magali Tixe Padilla, dirigida por: Dr. Héctor Iván Cevallos y MsC. Clara Mayorga.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de Investigación de Tesina de Grado con fines de graduación escrito en la cual se ha conestado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**.

Para constancia de lo expuesto firman:

.....
Dr. Angel Mayacela
Presidente de Tribunal

.....
Dr. Flavio Vintimilla
Miembro del Tribunal

.....
Msc. Clara Mayorga.
Miembro del Tribunal

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras: María Soledad Avalos Gaibor y Tania Magali Tixe Padilla, somos responsables de las ideas, doctrinas, resultados y propuestas expuestas en el presente trabajo de investigación y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

Primero nos gustaría agradecer a nuestros padres por haber dedicado parte de su vida para nuestra formación y brindarnos la mejor herencia, una carrera profesional.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, por ser la institución que nos ha formado profesionalmente.

A hospital Dr Enrique Garcés de Quito por el apoyo brindado durante en la realización de este trabajo investigativo.

A nuestros tutores de Tesis Dr. Iván Cevallos por su valiosa colaboración, su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos y asesoramiento en el presente Trabajo investigativo.

A la Msc. Clara Mayorga por el gran aporte brindado en la elaboración del trabajo, su trato y su visión crítica

DEDICATORIA

A Dios:

*Por brindarme sabiduría,
paciencia y amor en cada uno
de los actos necesarios para
culminar esta etapa importante
en mi vida.*

A mis padres y hermano:

*Tengo el honor de Dedicar este
trabajo a mi padre y hermano
por todo el apoyo incondicional
en todas las etapas de mi vida,
por guiar cada uno de mis
pasos.*

*A ti madre única y ejemplar por
guiar siempre mi camino.*

SOLEDAZ

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos.

*Por haberme impulsado a lograr
mis objetivos, por ser mi apoyo
incondicional, en este largo
camino.*

A los amores de mi vida

LEOPOLDO y MATIAS.

*Por su infinita bondad y amor,
por ser la luz que guía ese largo
camino que es la vida, por ser el
motor que impulsa mi superación.*

TANIA

RESUMEN

La hemorragia posparto es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, dentro de las hemorragias la que mayor magnitud adquiere es la que se presenta en el período de alumbramiento y puerperio inmediato; la Hemorragia post parto contribuye con más del 75% de las complicaciones graves que ocurren en la primeras 24 horas del período post parto; en el Ecuador aproximadamente entre unas 500 a 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. ⁽¹⁾ El objetivo principal de esta investigación es caracterizar los factores causales relevantes de hemorragia post parto céfalo vaginal en pacientes multíparas y tiene como propósito servir de herramienta de apoyo a los médicos que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas, con riesgo o con diagnóstico de hemorragia post parto. En el presente estudio además se incluye incidencia, principales factores de riesgo, antecedentes patológicos; asociados a esta patología. El material y métodos se basó en un estudio de tipo: Retrospectivo, descriptivo, analítico. Los documentos base para la recolección de datos fueron las historias clínicas de pacientes multíparas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia con diagnóstico de hemorragia post parto en el período establecido. En periodo de “Septiembre 2012– Agosto 2013” se encontró un total a 2863 pacientes multíparas post parto céfalo vaginal atendidas en el área de ginecología del Hospital Dr. Enrique Garcés, de las cuales 125 pacientes presentaron hemorragia post parto céfalo vaginal que equivale al 4,4% del total.

SUMMARY

Postpartum Hemorrhage is the most common preventable cause of maternal mortality worldwide, within all the types of hemorrhaging that can occur it is mostly present during the delivery or immediately postpartum; the postpartum hemorrhage is attributed with more than 75% of the serious complications that occur with the first 24 hours of the postpartum period; in Ecuador approximately 500 to 700 women die each year because of complications related to their pregnancy or child birth. ⁽¹⁾ The principal objective of this investigation is to characterize the factors which are the relevant factors to vaginal bleeding post delivery in cerebrospinal multiparous patients and it is also intended to have the purpose to serve as a reference to physicians that have the responsibility of caring and attending pregnant women with risk or diagnosed with Postpartum Hemorrhage. In addition in the present study includes evidence, principle risk factors, and pathological antecedents; associated with this pathology. The material and the methods are based on one type of study: Retrospective, descriptive. The base documents for data collection were the medical records of patients hospitalized in multiparous service OB -GYN diagnosed with postpartum hemorrhage in the period specified. In period "September 2012 - August 2013 " found a total of 2,863 patients multiparous postpartum vaginal cerebrospinal attended in the field of gynecology Hospital Dr. Enrique Garcés, of which 125 patients had postpartum vaginal bleeding equivalent to 4.4% of the total.

ÍNDICE

INTRODUCCION:	12
CAPÍTULO I	14
1. PROBLEMATIZACION	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.2 OBJETO DE ESTUDIO	15
1.2.3 CAMPO DE ACCION	15
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4 JUSTIFICACIÓN	17
CAPÍTULO II	19
2.MARCO TEÓRICO	19
2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.	19
2.2 FUNDAMENTACION TEORICA:	19
2.2.1 INTRODUCCIÓN	19
2.2.2 DEFINICIÓN:	20
2.2.3 CUANTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA SANGUÍNEA	20
2.2.4 EPIDEMIOLOGIA	21
2.2.5 FISIOPATOGENIA:	22
2.2.6 CLASIFICACIÓN	26
2.2.7 Tenemos que considerar algunas definiciones:	27
2.2.8 CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO	28
2.2.9 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO	31
2.2.10 CUADRO CLÍNICO GENERAL	35
2.2.11 CUDRO CLINICO	36
Según la etiología y la magnitud del sangrado:	36

2.2.12	<i>PLAN DIAGNÓSTICO.</i>	37
2.2.13	<i>MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO</i>	39
2.3	HIPÓTESIS Y VARIABLES	53
2.3.1	<i>HIPÓTESIS</i>	53
2.3.1	<i>VARIABLES</i>	53
2.3.2	<i>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</i>	53
CAPÍTULO III		56
3.MARCO METODOLÓGICO.		56
3.1	MÉTODO	56
3.1.1	<i>TIPO DE LA INVESTIGACIÓN:</i>	56
3.1.2	<i>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</i>	56
3.1.3	<i>ÁREA DE ESTUDIO</i>	56
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	56
3.2.1	<i>POBLACIÓN</i>	56
3.2.2	<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</i>	57
3.2.3	<i>FUENTES DE INFORMACIÓN:</i>	57
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
	<i>TÉCNICA.</i>	57
3.4	TECNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS		59
CAPÍTULO IV		67
4.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		67
4.1	CONCLUSIONES	67
4.2	RECOMENDACIONES	68
ANEXOS		69
	<i>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	69
	<i>HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE GARCES</i>	70
BIBLIOGRAFÍA		71

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N 1 -----	21
PERDIDAS HEMÁTICAS EN EL EMBARAZO Y SHOCK HEMORRAGICO -----	21
CUADRO N 2 -----	32
ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO-----	32
CUADRO N 3 -----	38
ALGORITMO DE ENFOQUE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO -----	38
CUADRO N 4 -----	41
TERAPIA DE COMPONENTES SANGUINEOS -----	41
CUADRO N 5 -----	42
GUÍAS PARA LA TRANSFUSIÓN Y REEMPLAZO DE VOLUMEN EN ADULTOS -----	42
CUADRO N 6 -----	44
MARCADORES DE LABORATORIO DE CID EN EVOLUCIÓN -----	44
CUADRO N 7 -----	50
TASAS DE EXITO REPORTADAS EN LA LITERATURA -----	50

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1 -----	59
INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES FACTORES CAUSALES DE HPP-----	59
GRÁFICO N° 1 -----	59
INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES FACTORES CAUSALES DE HPP-----	59
TABLA N° 2 -----	60
PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE HPP SEGÚN GRUPO ETARIO-----	60
GRÁFICO N° 2 -----	60
PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE HPP SEGÚN GRUPO ETARIO-----	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
TABLA N° 3 -----	61
PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE HPP SEGÚN ESTADO CIVIL-----	61
GRÁFICO N° 3 -----	61
PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE HPP SEGÚN ESTADO CIVIL-----	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
TABLA N° 4 -----	62
PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE HPP SEGÚN INSTRUCCIÓN-----	62
GRÁFICO N° 4 -----	62
PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE HPP SEGÚN INSTRUCCIÓN-----	62
TABLA N° 5 -----	63
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO-----	63
GRAFICO N° 5 -----	63
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO-----	63
TABLA N° 6 -----	64
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ETIOLOGÍA DE HPP-----	64
GRÁFICO N° 6 -----	64
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ETIOLOGÍA DE HPP-----	64
TABLA N° 7 -----	65
PRINCIPALES PATOLOGIAS CONCOMINATES DE HPP-----	65
GRAFICO N° 7 -----	65
PRINCIPALES PATOLOGIAS CONCOMINATES DE HPP-----	65
TABLA N° 8 -----	66
TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POST PARTO-----	66
GRÁFICO N° 8 -----	66
TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POST PARTO-----	66

INTRODUCCION:

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. Aproximadamente el 40% de las embarazadas puede sufrir problemas asociados al embarazo, y el 15% presenta complicaciones que tienen secuelas en el largo plazo o que ponen en peligro sus vidas. La hemorragia posparto es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en el mundo, contribuye con más del 75% de las complicaciones graves que ocurren en la primeras 24 horas del periodo post parto. ^{(2) (3)}

Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 515.000 mujeres mueren anualmente en el mundo a causa de complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio. El 75% de las muertes, maternas son debidas a 5 causas obstétricas: Hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido, y complicaciones del aborto. El 50% de estas muertes maternas son debidas a hemorragia post parto en países subdesarrollados; y ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. ⁽⁴⁾

La tasa de mortalidad materna en Ecuador continúa a un nivel inaceptablemente alto. A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían grandemente según su procedencia y son altamente polémicas, los mejores cálculos obtenidos para Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 a 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Cada año 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto. ⁽¹⁾

Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 cc en un parto vaginal y que supera 1000 cc en un parto por cesárea. Si bien se han descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia posparto, en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico. ⁽⁴⁾

En cuanto a la etiología se dice que la atonía uterina es la responsable de un 70%; la lesión cervical o vaginal, ruptura uterina en un 20%; retención de placenta o coágulos un 10% y la Coagulopatía preexistente o adquirida en menos de un 1%. Se recomienda el uso de rutina de Manejo activo en la tercera etapa del parto como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la Hemorragia Postparto. ⁽⁴⁾

En nuestro estudio encontramos una incidencia de 4.4% lo que corresponde a 125 pacientes con dicha patología, de un total de 2863 pacientes Los factores causales de mayor importancia encontrados en nuestro estudio fue la atonía uterina, seguido de retención de membranas corioplacentarias y finalmente el desgarro cervico-vaginal.

Partiendo de esta perspectiva nace la necesidad de conocer y mantener una base estadística, sobre las principales causas de hemorragia postparto en mujeres multíparas atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés siendo este trabajo de tipo: Retrospectivo, analítico, descriptivo.

CAPÍTULO I

1 PROBLEMATIZACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor de medio millón de mujeres en todo el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Cerca de un cuarto de estas muertes son secundarias a hemorragia postparto, constituyéndose así en la causa más significativa de muertes maternas en todo el mundo. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Se estima que ocurren 140.000 muertes por esta causa en todo el mundo cada año. La prevalencia aproximada es de 13%. El riesgo absoluto de muerte por HPP es muy alta en los países en vías desarrollo en relación con los países desarrollados (1 \ 100 000 vs. 100 \ 100 000 en países pobres). Ecuador es la segunda causa más importante de muerte materna. ⁽⁶⁾

Como nos hemos dado cuenta, la hemorragia postparto es muy común en todos los países del mundo y en el Ecuador no es una excepción, en nuestro estudio encontramos una incidencia de 4.4% lo que corresponde a 125 pacientes con dicha patología, de un total de 2863 pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el período de Septiembre del 2012 a Agosto 2013 en el Hospital Dr. Enrique Garcés de la Ciudad de Quito.

En cuanto a la etiología se observa que 66 pacientes presentaron atonía con un porcentaje del 53% siendo etiología de mayor porcentaje, a continuación la retención de membranas corioplacentarias 49 pacientes con un porcentaje del 39% y finalmente el desgarro cervico-vaginal 10 pacientes con un porcentaje del 8%.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo determinar el impacto de los factores causales relevantes de Hemorragia Post Parto Céfalovaginal en pacientes multíparas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Garcés Quito, periodo Septiembre del 2012 – Agosto del 2013?

1.2.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Garcés Quito, periodo Septiembre del 2012 – Agosto del 2013.

1.2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Determinar las principales causas de Hemorragia Post Parto en pacientes multíparas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés en periodo de Septiembre 2012 a Agosto 2013.

1.2.3 CAMPO DE ACCION

Mujeres multíparas que presentaron Hemorragia Post Parto en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Garcés.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar las principales causas de Hemorragia Post Parto Céfalovaginal en pacientes multíparas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el período Septiembre del 2012 – Agosto del 2013, mediante la cuantificación de datos encontrados en el área de estadística del Hospital general Dr. Enrique Garcés, Quito.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar si parámetros como el estado civil, nivel de instrucción, grupo etario contribuyen en la aparición de la patología en estudio.
2. Reconocer los factores de riesgo que desencadenaron hemorragia postparto en la población en estudio.
3. Analizar los antecedentes patológicos concomitantes de importancia que favorezcan a la aparición de hemorragia postparto.
4. Priorizar la mayor incidencia de las principales causas que provocan hemorragia post parto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo Septiembre 2012 – Agosto 2013.
5. Proponer estrategias que podrían ayudar a disminuir las causas que provocan Hemorragia Post Parto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés.
6. Socialización de las estrategias dirigidas hacia el personal de salud y pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Se ha observado que aproximadamente 14 millones de mujeres sufren hemorragia post-parto anualmente; además que aproximadamente el 40% de las embarazadas puede sufrir problemas asociados al embarazo, y el 15% presenta complicaciones que tienen secuelas en el largo plazo o que ponen en peligro sus vidas. Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 515.000 mujeres mueren anualmente en el mundo a causa de complicaciones asociadas al embarazo y parto. ⁽²⁾ El 75% de las muertes, maternas son debidas a 5 causas obstétricas: Hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido, y complicaciones del aborto. El 50% de estas muertes maternas son debidas a hemorragia post parto en países subdesarrollados; y ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. ⁽⁶⁾

En el Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 a 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Cada año 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto. Además es la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. ⁽¹⁾

El motivo del presente estudio tiene como finalidad investigar cuáles son los factores causales relevantes de Hemorragia Post Parto Céfalovaginal en pacientes multíparas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Garcés Quito, periodo Septiembre del 2012 – Agosto del 2013.

Nace en nosotras la necesidad de realizar este estudio puesto que al realizar la rotación en dicho servicio hemos observado que existe un número considerable de pacientes que presentan hemorragia post- parto.

La muerte de una madre es un drama que trasciende a la familia e impacta en la sociedad en su conjunto.

Por lo que la hemorragia postparto es una complicación que vale la pena conocerla, con el propósito de abarcar conocimientos que de seguro serán tomados para disminuir el porcentaje de la misma.

Nosotros como estudiantes de medicina nos hemos propuesto trabajar enérgicamente en una revisión la incidencia, morbilidad, complicaciones y asistencia oportuna de los factores causales que provocan las hemorragias post parto en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Enrique Garcés en el periodo Septiembre 2012 – Agosto 2013.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.

Los fundamentos filosóficos para la presente investigación fueron desarrollados en base a teorías del conocimiento científico y del pragmatismo.

El conocimiento científico puede surgir a partir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico; y el pragmatismo muestra que en nuestra profesión la teoría va de la mano junto con la práctica.

Siendo este un trabajo de tipo: Retrospectivo, analítico, y de tipo descriptivo.

2.2 FUNDAMENTACION TEORICA:

2.2.1 INTRODUCCIÓN

Cada año en el mundo mueren 600.000 mujeres a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio en edades comprendidas de 15 a 49 años, de las cuales se estima que aproximadamente 150.000 mueren por Hemorragia Posparto.
(2)

Entre las causas principales sobresalen: la hemorragia (especialmente la HPP 25%), sepsis (15%), alteraciones hipertensivas del embarazo (particularmente eclampsia, 12%), y labor prolongada o detenida (8%). La gran mayoría de estos decesos suceden en países en vías de desarrollo.

Según los indicadores de mortalidad materna reflejan que la HPP, es la principal causa de ésta. La HPP se ha presentado con mayor frecuencia en pacientes de la zona rural (71%) y se presenta con mayor frecuencia en el grupo etáreo de 19-34 y en mujeres con 1-3 partos como antecedente.⁽³⁾

HEMORRAGIA POST PARTO

2.2.2 DEFINICIÓN:

Hemorragia post parto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se presenta en el periodo intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10% o más en las primeras dos horas postparto. La hemorragia post parto tiene una incidencia del 13%. ⁽³⁾

Actualmente se considera a la pérdida de sangre que lleve a una alteración hemodinámica del paciente; algunos consideran 500 ml como punto de corte y en promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500ml y de 1000 en parto gemelar.

2.2.3 CUANTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA SANGUÍNEA

La medición de la pérdida de sangre es difícil, pues se presenta combinada con líquido amniótico, a veces con orina. El manchado de sangre en las sabanas, apósitos, gasas, la pérdida en el piso recolectores, el uso de soluciones para la asepsia y antisepsia hacen difícil el cuantificar físicamente la magnitud de la pérdida sanguínea. ⁽⁷⁾

Actualmente se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como hemorragia post parto. ⁽⁸⁾

CUADRO N 1
PERDIDAS HEMÁTICAS EN EL EMBARAZO Y SHOCK
HEMORRAGICO

Volumen perdido	Tensión arterial media	Síntomas y signos	Grado de shock
10-15% (500-1000 ml)	Normal	Palpitaciones, mareo, taquicardia	Compensado
15-25% (1000 -1500 ml)	Caída ligera	Debilidad, sudoración, taquicardia	Leve
25-35% (1500 – 2000 ml)	70 – 80 mmHg	Agitación, palidez, oliguria	Moderado
35-45% (2000-3000 ml)	50-70 mmHg	Colapso, dificultad respiratoria, anuria	Severo

(4)

2.2.4 EPIDEMIOLOGIA

Se ha observado que aproximadamente 14 millones de mujeres sufren Hemorragia Post Parto anualmente; además que aproximadamente el 40% de las embarazadas puede sufrir problemas asociados al embarazo, y el 15% presenta complicaciones que tienen secuelas en el largo plazo o que ponen en peligro sus vidas. Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 515.000 mujeres mueren anualmente en el mundo a causa de complicaciones asociadas al embarazo y parto. ⁽⁵⁾

El 75% de las muertes, maternas son debidas a 5 causas obstétricas: Hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido, y complicaciones del aborto. El 50% de estas muertes maternas son debidas a hemorragia post parto en países subdesarrollados;

y ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. ⁽⁶⁾

La tasa de mortalidad materna en Ecuador continúa a un nivel inaceptablemente alto. A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían grandemente según su procedencia y son altamente polémicas, los mejores cálculos obtenidos para Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 a 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

Además cada año 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto. ⁽¹⁾

2.2.5 FISIOPATOGENIA:

El miométrio 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 miométrio 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 disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. ^{(9) (10)}

Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miométrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coagulo retro placentario. 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. ^{(5) (10)}

El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación. ⁽⁷⁾

ALUMBRAMIENTO:

Se le conoce así al momento del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares. El mecanismo fisiológico del alumbramiento consta de 4 tiempos: desprendimiento de la placenta, desprendimiento de las membranas ovulares, descenso y expulsión de la placenta. ⁽⁷⁾

Desprendimiento de la placenta:

De inmediato al parto el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante todavía la placenta permanece un tiempo adherida a él; pero a continuación del nacimiento se agregan fuertes contracciones rítmicas las cuales son motivo fundamental de desprendimiento de la placenta. ⁽⁷⁾

A través de 2 mecanismos:

Baudelocque Shultze: el desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, así formando un hematoma retro placentario que a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor, ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal. Este mecanismo representa el 80% de los casos siendo el más frecuente; y está en relación con la localización placentaria predominante en las regiones altas del cuerpo uterino. ⁽⁷⁾

Baudelocque Duncan: el desprendimiento se efectúa por el borde inferior de la placenta. La presión uterina completa la acción hasta permitir la expulsión por el

mismo borde o sea por la cara materna de la placenta. Representa el 20% de los casos y depende de la inserción placentaria en el segmento inferior la cual es menos frecuente. ^{(7) (11)}

La consistencia uterina previa la expulsión del producto va a variar según el momento de la palpación; ya q es dura durante las contracciones y elástica en las pausas. A medida que la placenta se desprende el útero se torna más globuloso y asciende a nivel del ombligo, lateralizándose levemente hacia el flanco derecho: Signo de Schroeder.

Según el mecanismo de desprendimiento habrá o no pérdida de sangre durante el alumbramiento. En el mecanismo de Baudelocque Duncan se exterioriza una cantidad variable de sangre lo que constituye el llamado **signo de la pérdida hemática**; mientras que el alumbramiento tipo Baudelocque Shultze, una discreta cantidad se acumula entre la placenta y el útero que se eliminan junto con ella. ^{(7) (11)}

Desprendimiento de las membranas ovulares:

Las membranas se desprenden por el mismo proceso que el de la placenta. Las contracciones del útero lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente el mismo peso de la placenta en su descenso terminara por desprender por simple tironeamiento. ^{(7) (12)}

Descenso de la placenta:

Desprendida la placenta esta desciende del cuerpo al segmento, y de aquí a la vagina lo que ocurre por actividad contráctil del útero y mayormente por el peso de la misma. ⁽¹²⁾

Signo de Ahlfeld: se coloca a nivel vulvar una pinza Kocher sobre el cordón umbilical y a medida que se produce el descenso placentario, la misma se aleja del lugar inicial. ^{(7) (12)}

Signo de Kustner: al sostener con una mano el cordón umbilical y desplazar hacia arriba con la otra, colocada en la región hipogástrica, si el cordón umbilical permanece inmóvil indicara que la placenta esta desprendida constituyendo el signo de Kustner positivo, mientras que si el cordón umbilical asciende a la placenta no ha descendido aun, siendo este signo negativo. ^{(7) (12)}

Signo de Strassman: si la mano que sostiene el cordón umbilical recibe la propagación de ondas al mover el fondo uterino se considera que la placenta no ha descendido siendo el signo negativo. La no propagación de ondas indicara el descenso placentario lo cual indica un signo positivo. ^{(7) (12)}

Signo de Fabre o signo del pescador: se cumple el mismo principio del signo de Strassman con la excepción de que el movimiento lo realiza la mano que sostiene el cordón umbilical y la mano colocada en el fondo uterino recibe o no las propagaciones de onda. ⁽¹³⁾

Signos de expulsión (signos vaginales):

Al llegar la placenta a la vagina el útero experimenta su mayor descenso. El fondo uterino se sitúa a 5 a 6 centímetros por debajo del ombligo, constituyendo el signo de mayor descenso del fondo uterino.

La retracción uterina determina que las fibras musculares obliteren los vasos, siendo este el **signo del globo de seguridad de Pinard**, que confiere al útero una consistencia leñosa. ^{(7) (12)}

Expulsión de la placenta:

Pueden presentarse dos situaciones:

- La absolutamente normal: se repiten algunos pujos y estos con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario permiten la expulsión placentaria hasta el exterior.
- La placenta desprendida y descendida continúa alojada en la vagina, por lo que es necesario extraerla con ayuda manual. ⁽⁷⁾ ⁽¹²⁾

2.2.6 CLASIFICACIÓN

- **Hemorragia posparto primaria o inmediata**
- **Hemorragia posparto secundaria o tardía**

Hemorragia posparto primaria o inmediata

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock.

Hemorragia posparto secundaria o tardía

La HPP secundaria o tardía, sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se produce entre las 24 horas y 6 semanas posparto. ⁽¹⁴⁾

2.2.7 Tenemos que considerar algunas definiciones:

Parto normal: es el de inicio espontáneo entre la semana 37 y 42 de la gestación, en presentación cefálica y de bajo riesgo al inicio del primer periodo, y que continúa así durante el segundo periodo y el alumbramiento. También se denomina así la expulsión de un feto con un peso mayor de 2500 gramos. ⁽²⁾

Fases del parto:

El mecanismo del trabajo de parto se ha llevado al cabo desde la aparición del ser humano en faz de la tierra, sin embargo gracias a los trabajos del Dr. Friedman quien analizó cientos de trabajos de parto, logró matematizar el mismo, y en base a sus conclusiones logró llevarlas a una gráfica cosa imposible hasta ese entonces.

De estos estudios se obtienen los conocimientos que permiten saber que existen las siguientes fases y el médico en sala de labor determinará la fase, el periodo clínico y en qué proceso del mecanismo del trabajo de parto se encuentre el producto y la paciente. ⁽¹⁵⁾

Fase latente o prodrómica: que es cuando se llevan a cabo fenómenos bioquímicos que condicionan cambios morfológicos del cérvix uterino secundarios a cambios en el patrón de las contracciones uterinas. Por lo general esta que se alcanzan 2 o 3 centímetros.

Fase Activa o de aceleración máxima: Cuando el proceso de dilatación cervical se establece y produce un ritmo de contracciones uterinas y dilatación cervical en promedio 4 centímetros.

Así el Trabajo de Parto se divide en forma clínica en los siguientes periodos:

Primer Periodo clínico: Que es cuando se inician las contracciones uterinas que con cierto ritmo e intensidad y frecuencia producen modificaciones cervicales.

Segundo Periodo: Que va desde que se alcanza la dilatación completa del cérvix uterino hasta la expulsión del producto.

Tercer Periodo o de Alumbramiento:, que abarca la expulsión de la placenta y membranas corioplacentarias. ⁽¹⁵⁾

2.2.8 CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO

- **Contracción y retracción uterina ineficaz:**

Las contracciones uterinas débiles en la tercera etapa, quizás no desprendan de manera total la placenta, así permanece en el segmento superior del útero y evita la retracción efectiva del sitio placentario.

La actividad uterina puede ser ineficaz luego de un parto prolongado, útero atónico o cuando existe hemorragia prenatal como en el caso de placenta previa. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

- **Transtornos del alumbramiento:**

Hipotonía uterina: el útero luego de haber expulsado la placenta no se retrae ni se contrae, alterándose de esta forma la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto. Clínicamente se observa que el útero después de haberse desocupado por completo sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de Pinard. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Al estimularlo manualmente se contrae y disminuye su tamaño y aumenta su consistencia pero rápidamente vuelve a su estado normal. El tratamiento comprende el masaje del útero a través de la pared del abdomen, que deberá prolongarse mientras el órgano no mantenga permanentemente retraído; y la administración de oxitócicos.

Placenta retenida: definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden a la expulsión del producto. La cavidad uterina ocupada por la placenta no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

En el tratamiento se plantean tres situaciones:

- ❖ **Placenta totalmente adherida:** La hemorragia está ausente, y por ello debe desprenderse en primer término a una expectación máxima de media hora. Al término de este periodo debe recurrirse sucesivamente a masajes uterinos y el uso de oxitócicos, ambos procedimientos para reactivar la contractilidad; y ante el fracaso de las medidas anteriores, el alumbramiento manual. Placenta parcialmente desprendida: la hemorragia es habitual y se procede de acuerdo a la gravedad de la misma.
- ❖ **Placenta desprendida y retenida en el útero:** se realiza presión continua y sostenida del útero y suaves extracciones del cordón umbilical. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾
- ❖ **Cotiledón retenido:** retención de una parte de la placenta. Con cierta frecuencia no es toda la placenta la que se retiene si no uno o varios cotiledones. En la mayoría de los casos esto obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento tales como tironeamiento del cordón umbilical.

El diagnóstico se realiza por el examen minucioso de la placenta que deberá ser efectuado después de todo alumbramiento, se observa así la ausencia de uno o más cotiledones.

El tratamiento consiste en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental y el uso de Uterotónicos. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

- **Manejo inadecuado de la tercera etapa:** después de un parto normal, si no se administra útero tónicos, el útero permanece silencioso durante pocos minutos; la placenta está por completo adherida y no hay hemorragia, pero si se manipula el útero durante este intervalo, se puede separar la placenta de

manera parcial y se reiniciara hasta que las contracciones uterinas completen la separación de la placenta. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Placenta adherida de manera anormal: algunas veces partes de la placenta se adhiere de forma anormal:

Placenta ácreta: casi todas las vellosidades corionicas penetran a través de la decidua (invaden miométrio).

Placenta increta: penetración a través del miométrio.

Placenta percreta: puede incluir todos los cotiledones (placenta percreta total), algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal). ⁽¹⁹⁾

- **Coagulación intravascular diseminado (CID) y otros de la coagulación:**

La CID se relaciona en particular con el desprendimiento prematuro de la placenta, pero también puede suceder en caso de embolia amniótica y luego de retención uterina de un feto muerto durante algunas semanas. Cuando se trata de desprendimiento de placenta la liberación de tromboplastina del tejido placentario al torrente sanguíneo consume el fibrinógeno.

En los otros casos el mecanismo es menos seguro, pero hay depleción rápida de factores de coagulación y plaquetas que resultan en una hemorragia catastrófica.

Defectos de la coagulación:

Los defectos de coagulación a pesar de que exhiben altas tasas de letalidad, son poco frecuentes. La coagulación obstétrica más frecuente es la hipofibrinogenemia.

Se denomina hemorragia por hipofibrinogenemia a la causada por la disminución del fibrinógeno por debajo de sus niveles críticos (200- 400 mg/ dl).

El accidente hemorrágico por esta causa se presenta como culminación de una serie de procesos obstétricos sumamente variados, que tienen en común un periodo final de sangre que no coagula y que al no ser tratada de forma conveniente, la mayoría de las veces tiene evolución fatal. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

- **Traumas del aparato genital:**

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).

El cuadro se instala con útero clínicamente normal, bien retraído y contraído, con correcta coagulación sanguínea y expulsión completa de la placenta.

El examen directo de la lesión permite confirmar el diagnóstico; y se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo del mismo. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

2.2.9 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

La hemorragia postparto 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. ⁽²¹⁾

La hemorragia postparto secundaria puede explicarse por sub involución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación. ⁽²²⁾

En la tabla se resumen las causas y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto siguiendo la nemotecnia de las 4 T's: Tono (pobre contracción uterina después del parto), Tejidos (retención de productos de la concepción o coágulos) Trauma (en el tracto genital), Trombina (defectos en la coagulación). ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾

CUADRO N 2

ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

PROCESO	ETIOLOGIA	FACTORES DE RIESGO
TONO	Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Macrosomía Polihidramnios Anormalidades fetales (vg. Hidrocefalia severa)
	Fatiga del músculo uterino	Trabajo de parto prolongado o precipitado Trabajo de parto conducido Multiparidad Gestante añosa Embarazo previo con HPP
	Infección uterina/corioamnionitis	Ruptura espontánea de membranas prolongada Fiebre

	Anormalidades/distorsiones uterinas	Miomatosis uterina Placenta previa
	Medicamentos uterorelajantes	Anestésicos, nifedipino, AINEs, sulfato de magnesio, betamiméticos
TEJIDOS	Retención de placenta/membranas Placenta anormal: subcenturiada, lóbulo accesorio	Placenta incompleta en el parto, especialmente <24 semanas Cirugía uterina previa Placenta anormal en la ecografía
TRAUMA	Desgarros cervicales/vaginales/perineales	Parto precipitado Manipulación en el parto Parto instrumentado Episiotomía, especialmente mediolateral
	Desgarro de la incisión uterina en cesárea	Malposiciones Manipulación fetal (vg. Versión de segundo gemelo) Encajamiento profundo
	Ruptura uterina	Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	Multiparidad Placenta fundica

		Tracción excesiva del cordón
TROMBINA	Anormalidades preexistentes de la coagulación (vg. Hemofilia, hipofibrinogenemia, enfermedad de VonWillebrand)	Historia de coagulopatía/enfermedad hepática
	Adquiridas en el embarazo Púrpura trombocitopénica idiopática	Tensión arterial elevada Muerte fetal Fiebre y leucocitosis Hemorragia anteparto Colapso súbito
	Preeclampsia con Síndrome HELLP CID por preeclampsia, embolismo de líquido amniótico, muerte intrauterina, abruptio, infección severa/sepsis Coagulopatía dilucional	Transfusiones masivas
	Anticoagulación	Historia de TEP/TVP Aspirina Heparina

(23-24)

2.2.10 CUADRO CLÍNICO

Signos y Síntomas Generalizados:

- ❖ Sangrado transvaginal de moderado a grave, rojo rutilante.
- ❖ Sangrado transvaginal a chorro, masivo, abundante.
- ❖ Signos y síntomas de alteraciones hemodinámicas: mareo, sudoración, náusea, taquicardia, hipotensión arterial.

El signo más característico de la HPP, es la hemorragia vaginal: sangrado vaginal que varía de moderado (500 ml) a grave (1000 ml); acompañado o no de alteraciones hemodinámicas. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Los signos clínicos más comunes son:

- ❖ Hemorragia mayor 500 ml.
- ❖ Sangre roja rutilante y brillante.
- ❖ Palidez generalizada.
- ❖ Hipotensión arterial.
- ❖ Frecuencia del pulso acelerada (mayor de 100 Latidos / min)
- ❖ Sudoración.
- ❖ Piel húmeda, mareos, náuseas y lipotimia.

- ❖ Shock.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retraerse (especialmente en mujeres que han recibido oxitocina). Por lo tanto algunos signos que requieren un tratamiento con la misma urgencia que una hemorragia manifiesta:

- ❖ Incremento de la frecuencia cardiaca mayor de 100 por minuto.
- ❖ Frecuencia respiratoria superior a 15 por minuto.
- ❖ Reducción del volumen urinario. ⁽²⁰⁾

2.2.11 CUDRO CLINICO

Según la etiología y la magnitud del sangrado:

ATONIA UTERINA:

Hallazgos clínicos:

- Útero blando y no retraído.
- Taquicardia.
- Hipotensión. ⁽¹⁵⁾

LESIONES CANAL DEL PARTO

Hallazgos clínicos:

- Buen tono uterino

- Útero centrado
- Alumbramiento completo.
- Visualización de desgarros a nivel cuello uterino, la vagina o el periné. ⁽¹⁵⁾

RETENCION DE TEJIDO PLACENTAREO

Hallazgos clínicos:

- Puede encontrarse tono uterino disminuido o incluso normal.
- Extracción de restos de membranas durante la exploración del canal del parto.
- En caso de acretismo no se produce el alumbramiento y no se encuentra plano de clivaje al intentar la extracción manual. ⁽¹⁵⁾

COAGULOPATÍA PREEXISTENTE O ADQUIRIDA

Hallazgos clínicos:

- Buen tono uterino.
- No se demuestran lesiones del canal del parto, ni retención de restos placentáreos, se produce alumbramiento completo.
- Se sospecha cuando se han descartado las otras etiologías, la paciente tiene antecedente claro de Coagulopatía o factores de riesgo para desarrollarla. ⁽¹⁵⁾

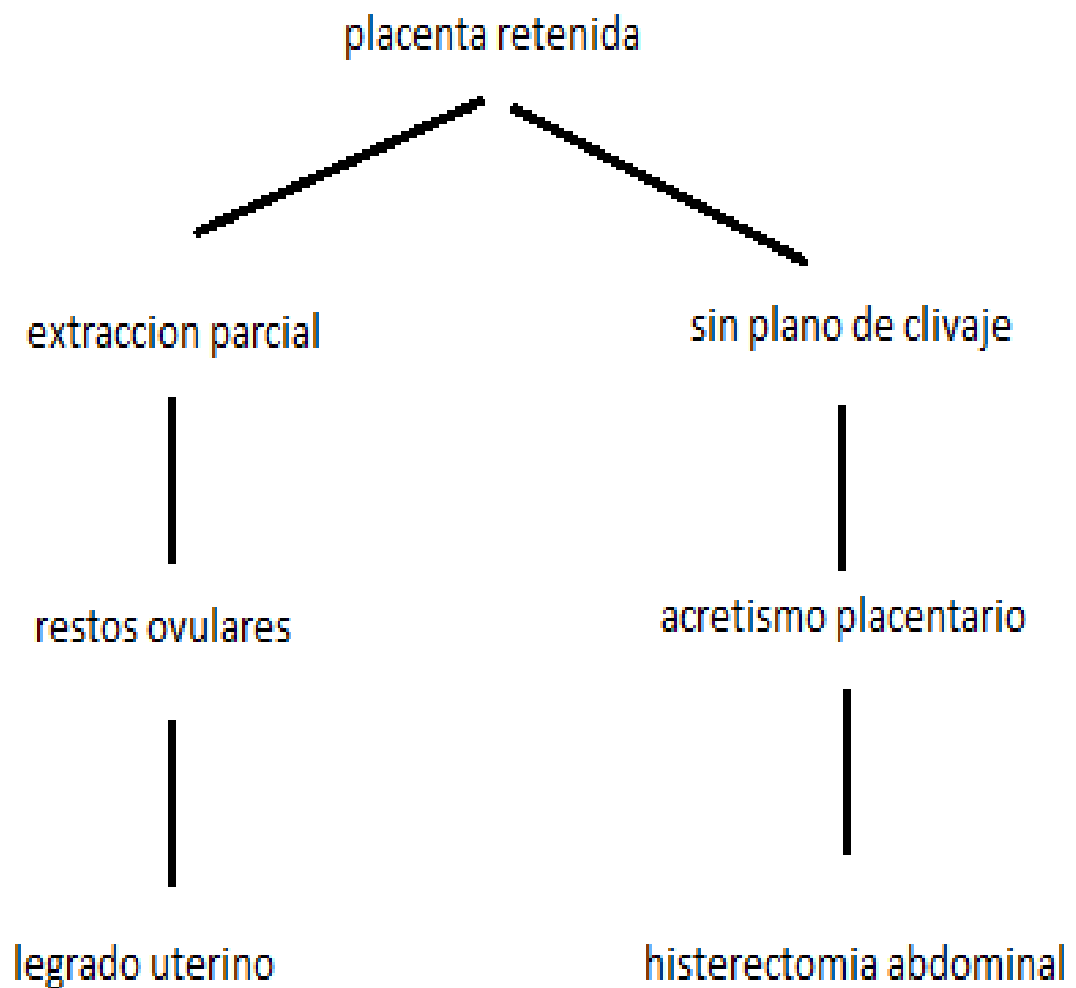
2.2.12 PLAN DIAGNÓSTICO.

Es muy útil realizar un enfoque teniendo en cuenta si la placenta fue o no expulsada, tener presente las causas más frecuentes de HPP (la atonía uterina y los traumatismos del canal del parto producen el 90% de todas las hemorragias

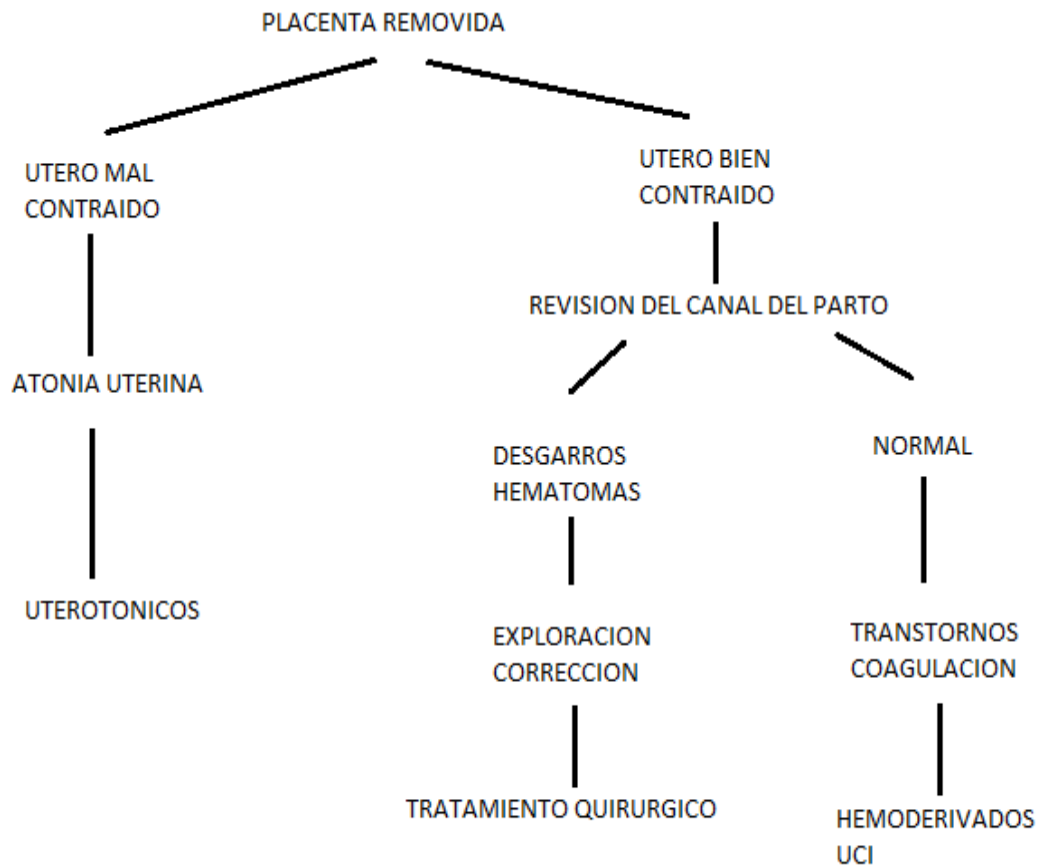
postparto, por lo cual siempre lo primero a examinar debe ser el tono uterino y la integridad del canal del parto).⁽⁴⁾

CUADRO N 3

ALGORITMO DE ENFOQUE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO



(4)



(4)

2.2.13 MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

La clave para el manejo de la hemorragia postparto es el reconocimiento y diagnóstico rápido, la restauración del volumen y la búsqueda simultánea de la causa. Una vez que se ha identificado una HPP es útil la organización del cuidado en 4 componentes: ⁽⁴⁾

1 Comunicación:

La hemorragia postparto puede llevar a shock en cuestión de minutos, por lo tanto se requiere un equipo multidisciplinario para su manejo. Además es importante la

comunicación con la paciente y sus familiares para que sean informados sobre el estado de la paciente y del porqué de las intervenciones.

2 Reanimación:

La primera intervención en el manejo es la restauración del volumen circulante lo más pronto posible y su mantenimiento. La hipotensión prolongada resulta en daño a órganos y tejidos y exacerba la CID. La mortalidad asociada con hemorragia masiva aumenta con la duración y severidad del shock. ⁽²⁶⁾

- **Reposición de líquidos**

Disponer de 2 accesos venosos idealmente con catéteres No. 14 G que permiten la infusión del doble de la cantidad de líquido comparado con uno No. 18 G. Tomar muestras para Hemograma completo, pruebas de coagulación, electrolitos, hemoclasificación. Cruzar 4 a 6 unidades de glóbulos rojos empacados. ⁽²⁷⁾

Iniciar rápidamente infusión de cristaloides o coloides mientras se realizan pruebas cruzadas. Por lo tanto la cantidad de líquidos administrados deber ser 3-4 veces la pérdida hemática estimada. ⁽²⁶⁾

Las soluciones que contienen glucosa deben evitarse para la reposición porque la dextrosa es rápidamente metabolizada y el líquido es esencialmente agua libre, que rápidamente se equilibra en el líquido intra y extracelular. Los cristaloides son fácilmente excretados si el exceso de administración de líquidos resulta en hipervolemia. La diuresis se puede aumentar con furosemida si es necesario.

La reposición con cristaloides se realiza como manejo inicial hasta que estén disponibles los componentes sanguíneos compatibles. ⁽⁴⁾

- **Transfusión sanguínea**

La transfusión de productos sanguíneos es necesaria cuando la pérdida de sangre es significativa y en aumento, particularmente si los signos vitales están inestables.

El juicio clínico es un determinante importante dado que la estimación de las pérdidas hemáticas es inexacto, la determinación de la hemoglobina y el hematocrito pueden no ser un reflejo del estado hematológico actual y los síntomas y signos de hemorragia pueden no aparecer sino hasta que se pierde un 15% de la volemia. El objetivo de la transfusión de productos sanguíneos es reemplazar factores de coagulación y glóbulos rojos para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno, no para reemplazar volumen. ⁽⁴⁾

CUADRO N 4
TERAPIA DE COMPONENTES SANGUINEOS

PRODUCTO	VOLUMEN	CONTENIDO	USOS Y EFECTOS
Sangre total	1 unidad=500 ml	Todos los componentes	Raramente debe ser usada. Puede emplearse cuando hay sangrado masivo y se han usado más de 5-7 unidades de GRE
Glóbulos rojos empacados (GRE)	1 unidad= 200-250 ml	Glóbulos rojos	Una unidad aumenta el hematocrito 3%, hemoglobina 1g/dl
Plaquetas	1 unidad= 50 ml	Plaquetas	Seis unidades elevarán las plaquetas en 30.000/microL en un adulto con área de superficie corporal de 2m ²

Plasma fresco congelado	1 unidad= 200-300 ml	Todos los factores de coagulación sin plaquetas	Usado para corregir deficiencia de múltiples factores de la coagulación (CID, enfermedad hepática, sobredosis de warfarina). Una unidad aumenta fibrinógeno en 7-10 mg/dl. Dosis usual 10 – 15 mL/kg
Crioprecipitado	1 bolsa= 10 – 15 ml	Fibrinogeno, factores V, VIII, XIII, factor von Willebrand	Diez bolsas de crioprecipitado elevarán el fibrinógeno plasmático en 70 mg/dl en un receptor de 70 kg

(4)

CUADRO N 5

GUÍAS PARA LA TRANSFUSIÓN Y REEMPLAZO DE VOLUMEN EN ADULTOS

Necesidades basadas en la estimación del volumen sanguíneo perdido	
>40% (>2000 ml)	Reemplazo rápido de volumen, requiere transfusión de GRE
30-40% (1500 – 2000 ml)	Reemplazo rápido de volumen con cristaloides o coloides sintéticos, probablemente requiera también GRE
15- 30 % (800 a 1500 ml)	Cristaloides o coloides, es poco probable que se

	requiera transfusión de GRE a menos que el paciente tenga anemia preexistente, pérdida continua de sangre o reserva cardiovascular disminuida
Menos de 15% (750 ml)	No hay necesidad de transfusión a menos que tenga anemia preexistente o cuando el paciente es incapaz de compensar debido a enfermedad respiratoria y cardíaca severa

(4)

- **Manejo de la coagulopatía asociada a hemorragia postparto masiva**

Debe involucrarse a un hematólogo en casos de hemorragia postparto masiva. La transfusión de más de 10 unidades de GRE llevan a una reducción en los niveles de factores de coagulación y trombocitopenia. La CID es un trastorno adquirido caracterizado por una creciente pérdida de la localización o el control compensado de la activación intravascular de la coagulación, resultando en generación de trombos de manera aumentada y anormalmente sostenida. Las manifestaciones clínicas van desde sangrado por heridas quirúrgicas, sitios de venopunción, líneas intravenosas, mucosas, petequias y equimosis hasta falla orgánica secundaria a lesión por isquemia tisular por depósitos intravasculares. ⁽²⁸⁾

La hemorragia obstétrica está fuertemente asociada con coagulación intravascular diseminada (CID) que necesita corrección rápida y para esto un monitoreo continuo de las pruebas hemostáticas para detectarla en una fase pre-clínica. ⁽²⁹⁾

CUADRO N 6

MARCADORES DE LABORATORIO DE CID EN EVOLUCIÓN

Parámetro	Tendencia en el resultado
Tiempo de protrombina	Aumento
Tiempo parcial de tromboplastina activado	Aumento
Fibrinógeno	Disminución
Productos de degradación de fibrina	Aumento
Plaquetas	Disminución
Dimero D	Aumento

(4)

El tratamiento está dirigido a identificar y resolver el problema subyacente y dar soporte multiorgánico y administrar productos sanguíneos si hay sangrado activo. La base del soporte hemostático son el plasma fresco congelado, el crioprecipitado y las plaquetas.

La transfusión de plaquetas y plasma fresco congelado debe ser guiado por el hemograma y las pruebas de coagulación. Las plaquetas deben transfundirse si el recuento es menor de 50000 y el crioprecipitado si el fibrinogeno es < 50 mg/dl. Las plaquetas y el PFC deben administrarse hasta obtener recuentos de plaquetas mayor de 50.000 y mantener el TP y TPT <1.5 veces el control. ⁽⁴⁾

Factor VII a recombinante humano

Es una nueva modalidad de tratamiento que ha mostrado ser efectivo en el control de hemorragias severas que amenazan la vida actuando en la vía extrínseca de la coagulación. Las dosis intravenosas pueden variar y generalmente van de 50 a 100 mcg/kg cada 2 horas hasta alcanzar hemostasia. El sangrado se detiene en 10 -40 minutos después de la administración. Ha habido preocupación acerca de un aparente riesgo de tromboembolismo subsecuente después de su uso y comparado con otros agentes es extremadamente costoso. ⁽⁴⁾

3.- Monitorización

Las pacientes con hemorragia postparto requieren un monitoreo efectivo de pulso, tensión arterial, presión venosa central, gases arteriales, electrolitos y gasto urinario. La taquicardia y la hipotensión son los marcadores de hipovolemia. Con restitución de volumen adecuada el pulso y la tensión arterial deben regresar a la normalidad. La diuresis es también un buen indicador del estado de la volemia así como de la perfusión renal. Una diuresis de al menos 1 ml/kg por hora es el objetivo.

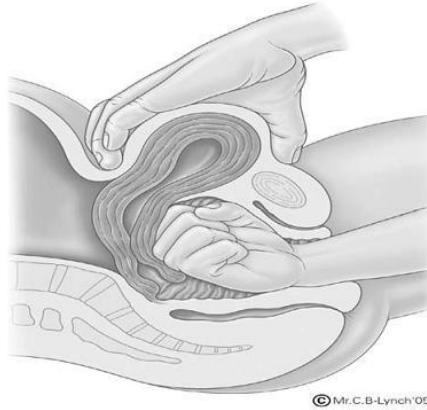
En pacientes que reciben grandes volúmenes de líquidos, la diuresis es mucho mayor. Las pacientes con hemorragia masiva pueden requerir una monitorización más estricta con catéteres intrarteriales. ⁽²⁷⁾

4.- Detención del sangrado

- **MASAJE UTERINO**

Debe realizarse con una mano en el fondo o bimanualmente con la mano vaginal en el fondo de saco anterior y la mano abdominal en la pared posterior del fondo. Este debe ser el manejo de primera línea para alcanzar hemostasis mecánica. La compresión por si misma puede controlar el sangrado ayudando al útero a usar sus

mecanismos fisiológicos y anatómicos tales como las fibras miométricas entrelazadas para la compresión vascular y el control del sangrado. ⁽³⁰⁾



- **UTEROTÓNICOS**

Varios agentes se han usado en el manejo de la hemorragia postparto: Oxitocina y ergometrina han constituido el manejo de primera línea para la atonía uterina. Recientemente el misoprostol se está considerando como alternativa de primera línea en países de escasos recursos por su facilidad en vía de administración, conservación y seguridad. ⁽³¹⁾

TONO

ATONIA UTERINA:

El pilar del tratamiento es el masaje uterino bimanual y la administración de drogas uterotónicas

OXITOCINA:

- Droga de elección.
- Rápido inicio de acción

- Ampliamente disponible
- Mayor efectividad y menos efectos colaterales
- Dosis recomendada: 20 U en 500 ml de solución cristaloides en infusión a 250cc/hora, puede duplicarse la concentración. Dosis de mantenimiento: 20-40 U en 500ml de sol. Cristaloides a 60cc/h. ^{(2) (4)}

METILERGONOVINA:

- Agente de segunda línea.
- Ampliamente disponible
- Producen contracciones tetánicas del músculo liso uterino
- Uso IM
- No debe administrarse intravenosamente
- Inicio de acción: 6-7 min
- Mayor número de efectos colaterales (náuseas, vómitos, aumento de presión arterial)
- Dosis: 0.2 mg cada 2-4h.
- Está contraindicado en pacientes con enfermedad hipertensiva o enfermedad cardiovascular y debe evitarse en pacientes con preeclampsia. ⁽²⁾⁽⁴⁾

MISOPROSTOL:

- Agente de tercera línea

- No requiere administración parenteral, termoestable
- Mayor número de efectos colaterales: gastrointestinales, temblor, pirexia
- Dosis recomendada: 800 a 1000 microgramos administrados intrarrectal o 400 a 600 mcg oral.
- Causa contracción generalizada del músculo liso.
- Los efectos adversos incluyen elevación de la temperatura, náuseas, vómitos, flushing, diarrea.
- El asma es una contraindicación a su uso como resultado de la broncoconstricción.⁽²⁾⁽⁴⁾

SINTOMETRINA

- Es una combinación de oxitocina y ergotamina. Es efectiva pero comparte el mismo perfil de efectos adversos de los ergóticos.

CARBETOCINA

- Es un agonista de oxitocina de acción prolongada. Se une selectivamente a receptores de oxitocina en el músculo liso del útero,
- Estimula las contracciones rítmicas del útero, aumenta la frecuencia de contracciones existentes, y aumenta el tono de la musculatura del útero.
DOSIS: administrar 1ml (100 microgramos) sólo después del parto mediante cesárea.
- Reacciones adversas: dolor de cabeza, temblor, hipotensión, rubor, náusea, dolor abdominal, náusea, prurito, sensación de calor.⁽²⁾⁽⁴⁾

ANTIFIBRINOLÍTICOS

- El ácido Tranexámico inhibe la fibrinólisis.
- Puede darse en bolos intravenosos de 0.5 – 1 g hasta tres veces al día para reducir el sangrado.
- Su uso en pacientes obstétricas es limitado.

Cuando falla el manejo farmacológico está indicado el tratamiento quirúrgico, el cual nos ofrece varias opciones y debemos seleccionar la técnica a realizar teniendo en cuenta la familiarización y destreza del cirujano que enfrente la situación, el estado hemodinámico de la paciente y si puede intentarse preservar la fertilidad, sin olvidar que el objetivo primario es evitar las secuelas de la hemorragia postparto severa y la mortalidad asociada. ⁽⁴⁾

Dentro de las opciones de tratamiento quirúrgico para atonía uterina tenemos:

- Taponamiento uterino (con gasas o sonda con balón)
- Suturas compresivas (B-Lynch)
- Ligadura de arterias hipogástricas
- Ligadura de arterias uterinas
- Embolización de arterias uterinas
- Histerectomía Abdominal ⁽⁴⁾

CUADRO N 7

TASAS DE EXITO REPORTADAS EN LA LITERATURA

TECNICA	TASA DE EXITO
Taponamiento uterino con gasas	>87%
Taponamiento uterino con balón	70-100%
Sutura compresiva (B-Lynch)	91.7%
Ligadura de arterias hipogástricas	85%
Ligadura de arterias uterinas	85%
Embolización de arterias uterinas	90.7%

Histerectomía abdominal:

- Tratamiento quirúrgico definitivo
- Principales indicaciones: acretismo placentáreo, atonía, placenta previa, ruptura uterina
- Principal factor de riesgo es cesárea previa y aumenta el riesgo a mayor numero de cesáreas previas
- Alta tasa de complicaciones: lesión intestinal, formación de fístulas, hematomas pélvicos, sepsis, lesión de tracto urinario, lesiones vasculares.
- Indicada en atonía uterina solo cuando fallan otros métodos y para el tratamiento de acretismo placentáreo. ⁽⁴⁾

4.2. TEJIDOS

Asegurarse de la integridad de placenta y membranas. Si hay duda realizar exploración manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia. Alerta ante la inversión uterina que puede producirse en útero pobremente contraído. Luego de la exploración y evacuación del útero, continuar masaje bimanual y compresión. Se recomiendan antibióticos de amplio espectro luego de remoción manual de placenta, exploración o instrumentación del útero.

- Exploración manual y extracción de placenta bajo anestesia general
- Si la extracción es exitosa evaluar tono uterino y si se identifica atonía o hipotonía iniciar manejo de la misma.
- Si la remoción es parcial se indica legrado uterino y administración profiláctica de oxitocina.
- Si la remoción no es posible y no se identifica plano de clivaje, se diagnostica placenta ácreta y se procederá a realizar histerectomía abdominal en la gran mayoría de los casos. ⁽⁴⁾

4.3 TRAUMA

El trauma genital es la causa más frecuente de sangrado persistente a pesar de un útero bien contraído. Debe realizarse exploración bajo anestesia especialmente en búsqueda de desgarros en cérvix o en fondos de saco, ya que ellos pueden comprometer el útero y llevar a hematomas en retroperitoneo o ligamento ancho. Cuando se realiza la reparación debe tenerse cuidado con involucrar uréteres en los fornix laterales de vagina o la vejiga en el fornix anterior que puede llevar a fístulas genitourinarias. Puede requerirse empaquetamiento sobre la sutura para alcanzar hemostasia. Puede necesitarse ecografía para buscar líquido libre en cavidad si el

parto fue traumático o si el estado de la paciente empeora más de lo esperado para las pérdidas hemáticas estimadas.

Tratamiento según etiología:

- Laceraciones y desgarros: Sutura con cadgut cromado 2-0
- Hematomas: Exploración, drenaje y ligadura del vaso sangrante con puntos hemostáticos.
- Inversión uterina: Reposición manual (maniobra de Johnson), no intentar extracción placentárea hasta la reposición uterina, en caso de anillos de contracción utilizar uterorrelajantes. En caso de falla realizar reposición quirúrgica. ⁽⁴⁾

4.4. TROMBINA

Si la exploración ha excluido retención de tejidos o trauma, el sangrado de un útero bien contraído es principalmente debido a un defecto en la hemostasia. Debe comenzarse el reemplazo de productos sanguíneos según lo necesario. Si las pruebas de coagulación resultan anormales desde el inicio de la hemorragia postparto, considerar una causa subyacente: síndrome HELLP, hígado graso del embarazo, muerte fetal intrauterina, embolismo de líquido amniótico o sepsis.

- Requiere internación en UCI
- Manejo etiológico. ⁽⁴⁾

2.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1 HIPÓTESIS

¿La identificación oportuna de los factores causales relevantes podrían estar relacionados con una disminución en la aparición de atonía uterina en las pacientes múltiples post parto céfalo vaginal atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Garcés Quito, periodo Septiembre del 2012 – Agosto del 2013?

2.3.1 VARIABLES

Variable Independiente: factores causales de hemorragia postparto

Variable dependiente: Hemorragia post parto.

2.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	ESCALAS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Variable Independiente: Factores causales de hemorragia postparto	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Determinante	Macrosomía fetal	>3500 g	Revisión de historias clínicas. Base de datos. Registros de ingreso al Servicio de GO del HEG.
			Polihidramnios	ILA > 25 cm	
			Trabajo de parto prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> Múltiparas: 14 horas Nulíparas: 20 horas 	
			Gestante añosa	>35 años	
			Embarazo previo con HPP	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	
			<ul style="list-style-type: none"> Múltipara. 	<ul style="list-style-type: none"> >2 Embarazos. 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de anemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hb < 12 g/dl 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Gran múltipara. 	<ul style="list-style-type: none"> • > 5 Embarazos. 	
Variable Dependiente: Hemorragia postparto	Primaria: Es la pérdida sanguínea mayor a 500 ml en las primeras 24 horas. Secundaria: Es el sangrado que se presenta después de las 24 horas hasta seis semanas después del parto.	Complicaciones de la tercera etapa del parto	Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea > 500 ml en primeras 24 h. 	Revisión de historias clínicas. Base de datos. Registros de ingreso al Servicio de GO del HEG.
			Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea >500 ml luego de 24 h hasta 6 semanas 	

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO.

3.1 MÉTODO

El presente trabajo se lo ha realizado con el método científico apoyado a través de los procedimientos analíticos y sintéticos.

3.1.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN:

Es un estudio de tipo: Retrospectivo, descriptivo, analítico donde la población de estudio son las pacientes multíparas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Garcés, desde el 1 de septiembre del 2012 al 31 de agosto del 2013. Se obtuvo los datos de las historias clínicas, y de la base de datos del área de estadística del Hospital Enrique Garcés.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación fue un estudio retrospectivo, analítico, descriptivo.

3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio comprende el Área de Gineco-Obstetricia perteneciente al Hospital “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

El número de mujeres embarazadas multigestas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito, fue 2863 pacientes con labor de parto durante el período comprendido entre Septiembre 2012

- Agosto 2013; de las cuales 125 pacientes presentaron Hemorragia Post Parto siendo esta nuestra población de estudio.

3.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: se incluyó a pacientes multigestas, con parto céfalo-vaginal.

Criterios de exclusión: se excluyó a pacientes primigestas y parto por cesárea.

3.2.3 FUENTES DE INFORMACIÓN:

Para la recolección de la información se elaboró una ficha de recolección de datos de acuerdo a los objetivos planteados; utilizando como fuente al Departamento de Estadística del Hospital Dr Enrique Garcés de la ciudad de Quito, además de Historias Clínicas, base de datos, registros médicos libros de texto, revistas médicas, páginas web especializadas.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 TÉCNICA.

Con el objeto de dar respuesta a los objetivos de la presente investigación teniendo en cuenta la operacionalización de las variables planteada, se diseñó una matriz de datos para la recolección pertinente y necesaria de las historias clínicas del grupo en estudio durante el tiempo en cuestión.

Previa autorización de las Autoridades del Hospital Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito, se realizó en el departamento de Estadística, la recopilación de datos, sobre las pacientes ingresadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el periodo de estudio.

3.4 TECNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para el análisis de datos obtenidos se empleó el siguiente sistema:

- Ficha de Recolección de Datos.
- Revisión de la información recopilada.
- Análisis dinámicos de indicadores y variables, para lo cual se aplicó estadística de frecuencia y porcentaje.
- Tabulación de Datos.
- Análisis e interpretación de datos, utilizando el programa estadístico de Microsoft Excel 2010, programa estadístico SPSS, con elaboración de cuadros, según la valoración y los objetivos planteados, dentro de la investigación, para las respectivas conclusiones.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1

INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES FACTORES CAUSALES DE HPP

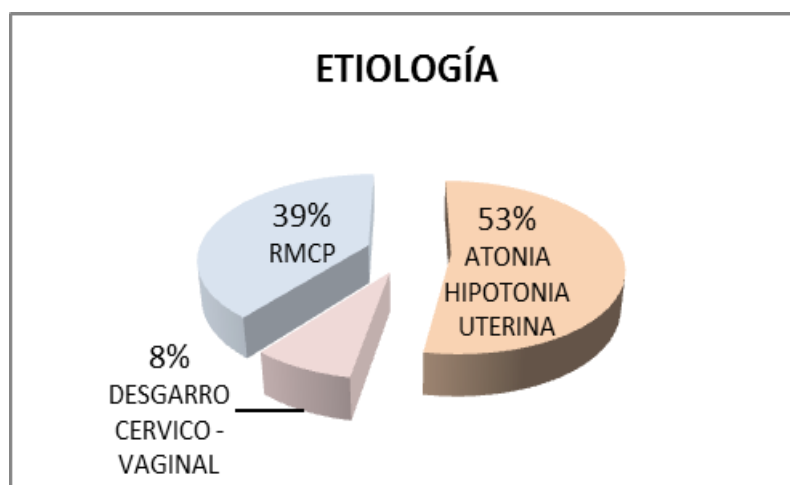
No	Patología	Frecuencia	Porcentaje
1	ATONIA-HIPOTONIA UTERINA	66	53%
2	DESGARRO CERVICO – VAGINAL	10	8%
3	RMCP	49	39%
	Total	125	100%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Datos obtenidos de la investigación de Soledad Avalos y Tania Tixe

GRÁFICO N° 1

INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES FACTORES CAUSALES DE HPP



Fuente: Tabla N°1

Datos obtenidos de la investigación de Soledad Avalos y Tania Tixe

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente gráfico podemos evidenciar que de los factores causales el 53% corresponden a la atonía uterina siendo esta la etiología con mayor incidencia en la muestra analizada en comparación al 8% correspondiente al desgarro cérvico - vaginal.

En la presente investigación comprobamos que la incidencia de atonía uterina en nuestro país (53%) es similar a la incidencia a nivel mundial (70%); constituyendo la principal causa de Hemorragia Post Parto.

TABLA N° 2

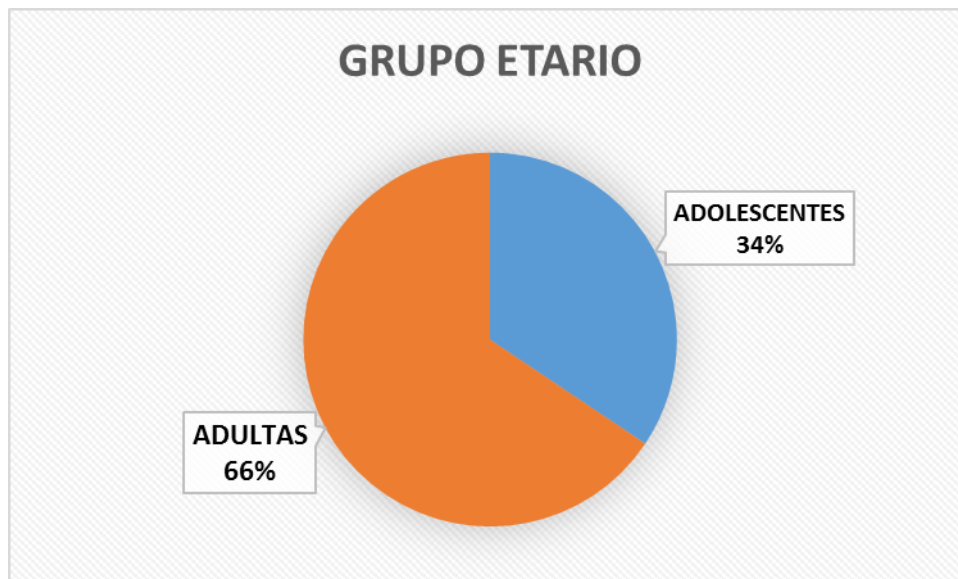
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRUPO ETARIO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADOLESCENTES	43	34.00%
ADULTAS	82	66.00%
TOTAL	125	100.00%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRUPO ETARIO



Fuente: Tabla N°2
Datos sacados de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente gráfico pudimos evidenciar que en nuestro estudio hay 66% de pacientes adultas con HPP vs un 34% de pacientes adolescentes.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ESTADO CIVIL

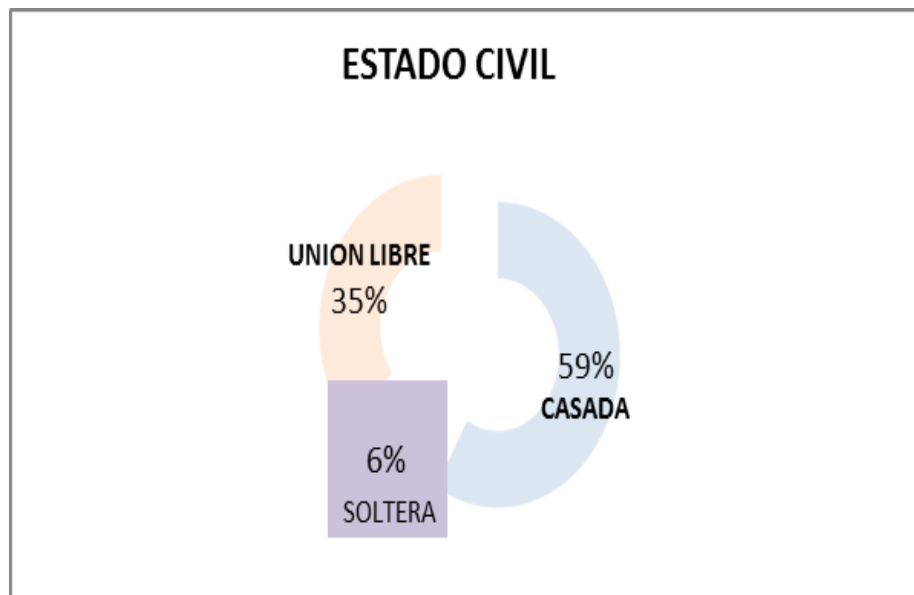
ESTADO CIVIL	ATONIA- HIPOTONIA UTERINA	DESGARRO CERVICO – VAGINAL	RMCP	TOTAL	PORCENTAJES
CASADA	36	8	29	73	58.40%
SOLTERA	4	0	4	8	6.40%
UNION LIBRE	26	2	16	44	35.20%
Total	66	10	49	125	100%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Tabla N°3

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente gráfico podemos evidenciar que la mayor incidencia de HPP se presenta en pacientes casadas con un 58,40% siendo la atonía uterina la principal causa vs un 6,40% en pacientes solteras teniendo como sus principales causas la atonía uterina y retención de membranas corioplacentarias.

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN INSTRUCCIÓN

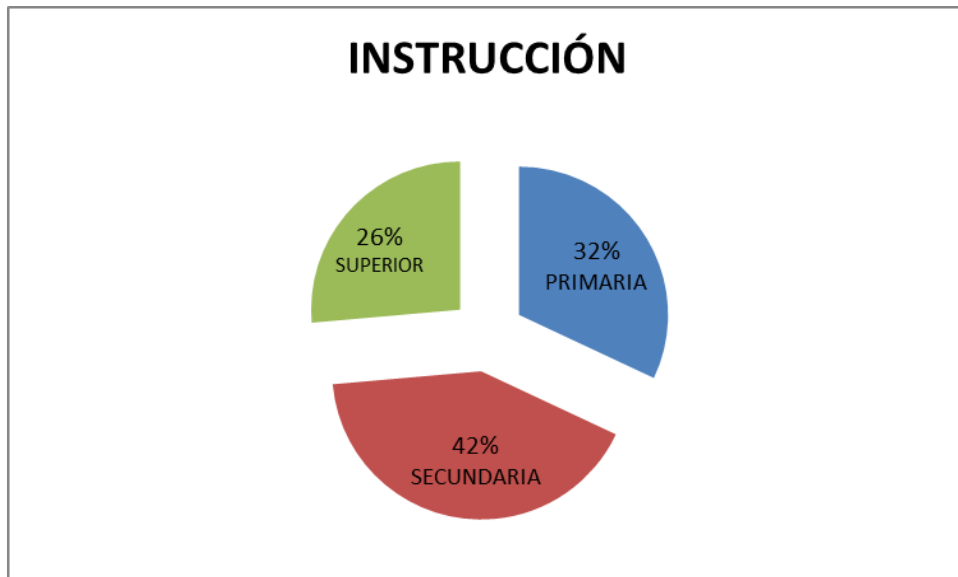
INSTRUCCIÓN	ATONIA- HIPOTONIA UTERINA	DESGARRO CERVICO – VAGINAL	RMCP	TOTAL	PORCENTAJE S
PRIMARIA	18	7	15	40	32.00%
SECUNDARIA	26	4	22	52	41.60%
SUPERIOR	14	9	10	33	26.40%
Total	66	10	49	125	100%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN INSTRUCCIÓN



FUENTE: Tabla N°4

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente grafico podemos evidenciar que la mayor incidencia de HPP se presenta en pacientes con instrucción secundaria con 41,60% vs un 26,40% en pacientes con instrucción superior teniendo como principal causa la atonía uterina en ambos casos.

TABLA N° 5

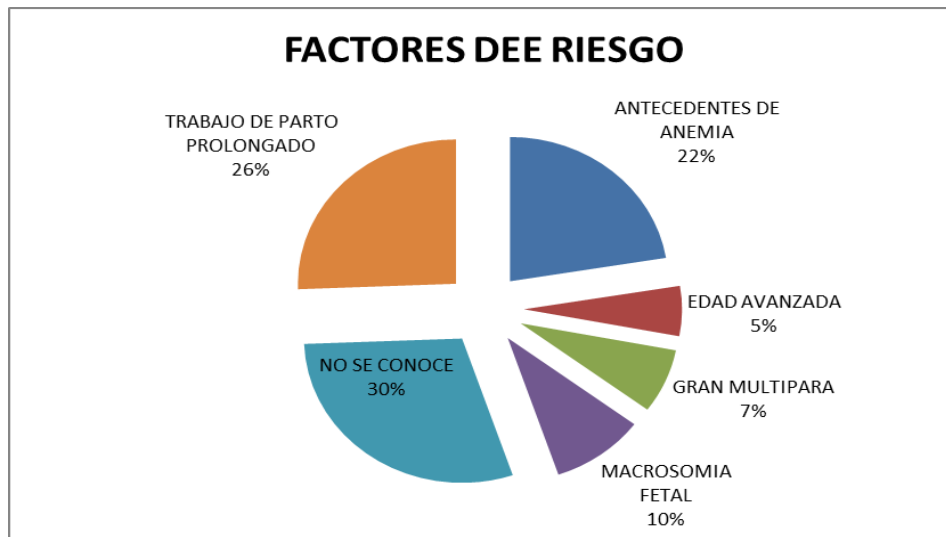
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTECEDENTES DE ANEMIA	28	22.00%
EDAD AVANZADA	7	5.00%
GRAN MULTIPARA	9	7.00%
MACROSOMIA FETAL	12	10.00%
NO SE CONOCE	37	30.00%
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	32	26.00%
Total	125	100.00%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

GRAFICO N° 5

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO



Fuente: Tabla N°1
Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente gráfico podemos evidenciar que el principal factor de riesgo para desarrollar HPP es el trabajo de parto prolongado correspondiendo a un 26% de la muestra participante.

En la presente investigación demostramos que el principal factor de riesgo de HPP es el trabajo de parto prolongado.

TABLA N° 6

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ETIOLOGÍA DE HPP

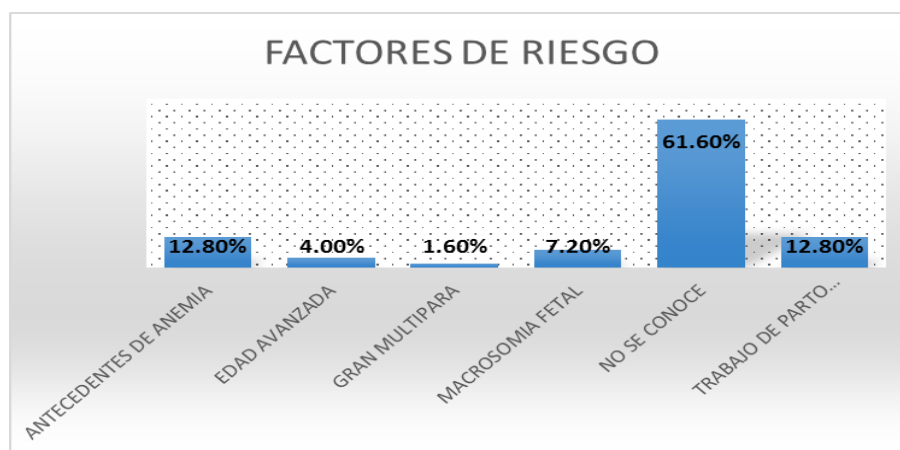
FACTORES DE RIESGO	ATONIA-HIPOTONIA UTERINA		DESGARRO CERVICO – VAGINAL		RMCP		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ANTECEDENTES DE ANEMIA	12	9.60%	2	1.60%	2	1.60%	16	12.80%
EDAD AVANZADA	3	2.40%	0	0.00%	2	1.60%	5	4.00%
GRAN MULTIPARA	1	0.80%	0	0.00%	1	0.80%	2	1.60%
MACROSOMIA FETAL	5	4.00%	1	0.80%	3	2.40%	9	7.20%
NO SE CONOCE	35	28.00%	7	5.60%	35	28.00%	77	61.60%
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	10	8.00%	0	0.00%	6	4.80%	16	12.80%
Total	66	52.80%	10	8.00%	49	39.20%	125	100.00%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

GRÁFICO N° 6

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ETIOLOGÍA DE HPP



Fuente: Tabla N°6

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente gráfico podemos evidenciar que los principales factores de riesgo asociados a etiología para desarrollar HPP son trabajo de parto prolongado y antecedentes de anemia en un 12,8% cada uno.

En la presente investigación demostramos que los principales factores de riesgo de HPP son el trabajo de parto prolongado el cual se debe a múltiples causas y a los antecedentes de anemia que pueden deberse a la presencia de hemorragias previas

TABLA N° 7

PRINCIPALES PATOLOGIAS CONCOMINATES DE HPP

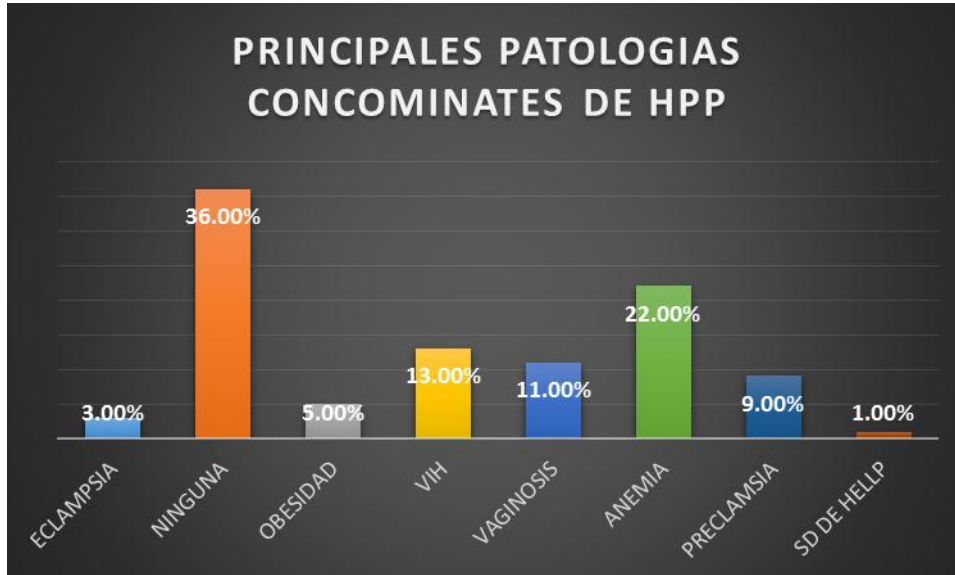
	Frecuencia	Porcentaje
ECLAMPSIA	4	3.00%
NINGUNA	45	36.00%
OBESIDAD	6	5.00%
VIH	16	13.00%
VAGINOSIS	14	11.00%
ANEMIA	28	22.00%
PRECLAMPSIA	11	9.00%
SD DE HELLP	1	1.00%
Total	125	100.00%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

GRAFICO N° 7

PRINCIPALES PATOLOGIAS CONCOMINATES DE HPP



Fuente: Tabla N°7

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente gráfico podemos evidenciar que en un 36% la HPP no presentó patología concomitante, en los demás casos se evidenció que la principal patología concomitante de HPP es la anemia con un 22.00%.

TABLA N° 8

TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POST PARTO

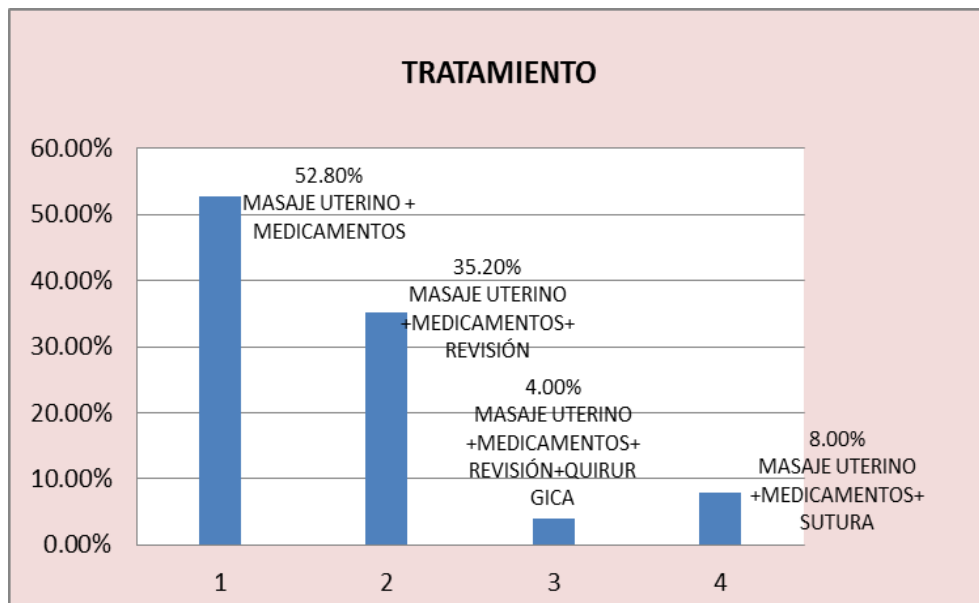
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASAJE UTERINO +MEDICAMENTOS	66	52.80%
MASAJE UTERINO +MEDICAMENTOS+ REVISIÓN	44	35.20%
MASAJE UTERINO +MEDICAMENTOS+ REVISIÓN+QUIRÚRGICO	5	4.00%
MASAJE UTERINO +MEDICAMENTOS+SUTURA	10	8.00%
Total	125	100.00%

Fuente: HCL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

GRÁFICO N° 8

TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POST PARTO



Fuente: Tabla N°8

Datos obtenidos de la investigación de: Soledad Ávalos y Tania Tixe

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente gráfico podemos evidenciar que el masaje uterino y la utilización de medicación uterotónica con un 52.8% fueron el tratamiento de primera línea para el manejo de HPP.

En la presente investigación demostramos que el tratamiento de primera línea para el manejo de la HPP lo constituyen el masaje uterino y la utilización de medicación uterotónica, basados en las guías de manejo de HPP instauradas por el MSP.

CAPÍTULO IV

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio encontramos que el grupo etario fue el parámetro socioeconómico más relevante y se determinó que la mayor incidencia fue en pacientes adultas en las cuales la atonía uterina su principal etiología.
2. Los principales factores de riesgo de hemorragia post parto en la población de estudio fue el trabajo de parto prolongado siendo esta la de mayor relevancia.
3. En nuestro estudio encontramos que la principal patología concomitante de hemorragia post parto fue antecedentes de anemia.
4. Durante el período de investigación, en el área de Gineco -Obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés pudimos evidenciar que el principal factor causal fue la atonía uterina.
5. Fomentar el adecuado control prenatal de las pacientes ingresadas al servicio de Gineco- Obstetricia, para evitar complicaciones futuras durante en el transcurso del embarazo o del parto; promover el manejo activo de la tercera etapa del parto basados en las guías del MSP.
6. Se capacito al personal de salud y pacientes embarazadas sobre la patología en estudio a través de un tríptico informativo.

4.2 RECOMENDACIONES

- Instruir a las mujeres en edad fértil sobre un adecuado control de la natalidad, ya que con esto disminuirían el porcentaje embarazos de riesgo y presencia de patologías relacionadas con la edad y multiparidad.
- Al personal médico reconozca los factores de riesgo presentes en las pacientes que ingresa al servicio de Gineco-obstetricia para así disminuir la frecuencia de hemorragia post parto.
- Recomendamos que a más de dar tratamiento adecuado y oportuno de la hemorragia postparto también sea tratadas de la misma forma las patologías concomitantes.
- Dar adecuada atención a todas las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia puesto que esta patología puede presentarse en cualquier paciente sin antecedentes patológicos de importancia.
- Recomendamos aplicación de la guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto dada por MSP, el cual ayudara a obtener un manejo adecuado, oportuno y uniforme de las pacientes con estos trastornos.
- Continuar capacitando al personal médico sobre el correcto y oportuno manejo de esta patología, ya que así se irá disminuyendo la morbilidad materna en nuestro país.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre de paciente:.....

Edad:.....

Numero de historia clínica:.....

Paciente:

Primigesta

Multigesta

Tipo de finalización del embarazo

Céfalo- vaginal

Cesárea

Presento hemorragia post parto:

Si No

Presenta antecedentes de hemorragia postparto en embarazo anteriores:

Si No

Presento antecedentes patológicos preparto:

Si No

Si presento hemorragia post parto, que tipo de tratamiento recibió:

Masaje uterino

Uterotónicos

Revisión

Legrado

R Qx

HOSPITAL DR. ENRIQUE GARCÉS



BIBLIOGRAFÍA

1. **INDICE DE ESFUERZO DE PROGRAMA MATERNO Y NEONATAL (2002).**
[en línea]. Policy Project: Futures Group.
Disponible En: Http://Www.Policyproject.Com/Pubs/Mnpi/Ecuador_Mnpi.Pdf
2. **FIGUERAS, A.** (2007) .Use of Erometrine inTropical Climates. The Complex Equilibrium Between Information, Tradition, Knoledge and Access to Drugs (USA) vol (8): 2p.
3. **CONFERENCIA INTERNACIONAL** (2006, Febrero).[base de datos]. USA: Cuidados Obstétricos de Emergencia. Evitando la muerte y discapacidad materna.
4. **PROTOCOLO HEMORRAGIA POST PARTO** (2001). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia, vol.53, num. 3, 2002,pp. 279-290, Federacion Colombiana de Asociaciones de Obstetricia Y Ginecologia Colombia.
Disponible en:
http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocols/PROTOCOLO_HEMORRAGIA_POST_PARTO.Pdf
5. **SCHWARCZ, R.L.**(2007) y otros. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 621p.
6. **FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO**,(2013).[estudio caso- control]. Hospital Nacional Sergio E. Bernales-Collique,
Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/359/1/pariguana_lj.pdf.

7. **PEREZ SANCHEZ, A. DONOSO SIÑA, E.** (2007) Obstetricia. 3ª ed. Santiago de Chile, Mediterráneo, 400p.
8. **BEGLEY, C.M.**(2008). Comparative studies in the third stage of labour. Dublin, Trinity College, University of Dublin, 10p.
9. **CLAP.** (2010-06-12). [GUIA CLINICA BASADA EN EVIDENCIA]

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/CLAP/noved16.htm>

10. **MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS MINISTERIO DE SALUD DEL PERU.** (2010-06-14)

Disponible en: <http://www.Micargo.iespana.es/minsa.pdf>

11. **CAPACITACION EN CODIGO ROJO HEMORRAGIA POST PARTO.** (2010-06-14)

Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/.../codigorojo.htm>

12. **GIRDON, H.** y otros. (2007). La Medicina Basada en la Evidencia. Guías de usuarios de la literatura médica. Madrid, The American Medical Association.. 200p.

13. **BOTERO, J. y otros.** (2004) Obstetricia y Ginecología. 7ª, ed. Bogota, CIB,. 660P.

14. **DERECHO ECUADOR.** (2013).

Disponible en:

[http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2013/junio/code/20958/registro-oficial-no-22-primer-suplemento.](http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2013/junio/code/20958/registro-oficial-no-22-primer-suplemento)

15. **COMPONENTE NORMATIVO MATERNO MSP ECUADOR.** (2008/02/07).
Directorio del CONASA. Representante OPS/OMS en el Ecuador. Representante de UNICEF en el Ecuador.
Disponible en:
<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf>
16. **GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO.**(2007 Junio). NICARAGUA, MINISTERIO DE SALUD Hospital Fernando Vélez Paíz,
17. **DAMOS, J. EISINGER, S.**(2008) Libro Also. 4ª ed. Madrid, AAFP., 260P.
18. **TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO DE LAS HEMORRAGIAS PSOTPARTO .**(2010-06-15)
Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2003_2/gi-4-2-003.pdf
19. **MANEJO EXITOSO DE LA HEMORRAGIA PSOT PARTO POR ACRETISMO PLACENTARIO.** (2010-06-13)
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v7n2/art08.pdf>
20. **MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO .** (2010-06-14)
Disponible en: <http://www.maqweb.org/techbriefs/stb13activemgmt.pdf>
21. **MOUSA H, ALFIREVIC Z.** (2007). Treatment for primary postpartum hemorrhage. [Cochrane Database of Systematic Reviews], Issue 1. Art.No.:CD003249.DOI:10.1002/14651858.CD003249.pub2.

22. **ALEXANDER J, THOMAS P, SANGHERA J.** (2002) Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD002867. DOI: 10.1002/14651858. CD002867.
23. **RAMANATHAN G, ARULKUMARAN S.** (2006). Postpartum haemorrhage. Current Obstetrics & Gynaecology; (16): 6–13
24. **SHEINER E, SARID L, LEVY A.** (2005). et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: A population-based study', The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 18:3, 149 – 154.
25. **PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.** (2013). [Guia de Practica Clinica] (GPC), MASP, 04.
26. **BONNAR J.** (2000). Massive obstetric haemorrhage. Bailliere's Clinical Obstetric and gynaecology.; 14 (1):1-18
27. **Ramanathan G, Arulkumaran S.**(2006). Postpartum haemorrhage. Current Obstetrics & Gynaecology; (16): 6–13
28. **Leung L.** (2007). Pathogenesis and etiology of disseminated intravascular coagulation. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA,
29. **Macphail S, Talks K.**(2004). Massive post-partum haemorrhage and management of disseminated intravascular coagulation. Current Obstetrics & Gynaecology ; 14:123–131
30. **Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.**(2009). Disponible en: <http://www.obstetrics-gynaecology-journal.com>.

31. **Rose, BD (Ed). Waltham, MA. Leung L.** (2007) Clinical features, diagnosis, and treatment of disseminated intravascular coagulation in adults.