



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE MEDICINA

**HEMORRAGIAS POST-PARTO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA 2010**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

Médico General

JESUS JAIRO BONIFAZ GUERRERO

RIOBAMBA – ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación.

Dr. Ramiro Estévez.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICADO

El tribunal de tesis certifica que: El trabajo de investigación titulado “Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010” ; de responsabilidad de Jesús Jairo Bonifaz Guerrero ha sido revisado y se autoriza su publicación.

Dr. Ramiro Estévez.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Iván Naranjo.

MIEMBRO DE TESIS

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por cuidarme y siempre guiarme en todo lo que hecho

A MIS PADRES, por ser el apoyo incondicional

A MIS HERMANOS, por estar siempre junto a mí y apoyarme

A los Señores Dr. Ramiro Estévez. DIRECTOR de Tesis, Dr. Iván Naranjo MIEMBRO de Tesis; por su valiosa ayuda en la realización y desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

A MI MADRE: Gloria Guerrero, por haberme enseñado que todos los sueños son posibles con esfuerzo y dedicación.

A MI PADRE: Porque Gracias a su apoyo he podido lograr mis sueños.

A MI HERMANOS: Belén y Kristian que siempre con su amor y cariño me han ayudado a salir adelante.

A MI CUÑADO: Cesar porque su amistad ha sido Incondicional y su apoyo muy importante.

A MIS SOBRINOS: Mateo y Renata que son lo que mas amo en este mundo.

INDICE DE CONTENIDOS

<i>Contenidos</i>	<i>Pagina</i>
CARÁTULA	1
CERTIFICACIÓN	2
CERTIFICADO	3
AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
ÍNDICE DE CONTENIDOS	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
RESUMEN	10
SUMMARY	11
I. INTRODUCCION	12
Pregunta Investigativa	13
II.OBJETIVOS	14
A. Objetivo General	14
B. Objetivos Específicos	14
III.MARCO TEORÍCO	15
Introducción	15
Cuantificación de la pérdida sanguínea	15
Hemorragia Postparto	15
FISIOPATOGENIA	16
Alumbramiento	16
Desprendimiento de la placenta	17
Desprendimiento de las membranas ovulares	18
Descenso de la placenta	18
Signos de expulsión (signos vaginales)	19

CLASIFICACION	19
FACTORES PREDISPONENTES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	20
CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO	21
Contracción y retracción uterina ineficaz	21
Trastornos del alumbramiento	21
Manejo Inadecuado de la tercera etapa	22
Placenta adherida de manera anormal	22
Coagulación intravascular diseminado (CID) y otros trastornos de la coagulación	22
Defectos de la coagulación	23
Traumas del aparato genital	23
CUADRO CLINICO	23
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HPP	24
Prenatales	24
Perinatales	25
Durante el trabajo de parto	25
Durante el periodo cercano al parto	25
Causas de hemorragia postparto	26
Después de la expulsión de la placenta	26
PREVENCION DE LA HPP	27
Tratamiento de la hemorragia	30
Signos de alarma	32
Fármacos administrados en el tratamiento de la HPP	33
IV.METODOLOGÍA	37
A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN	37
B. VARIABLES	37
Identificación	37
Definición	38
Operacionalización	39
C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO	42

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	42
F. RECURSOS	43
G. CRONOGRAMA	44
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
VI. CONCLUSIONES	63
VII. RECOMENDACIONES	64
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
IX. ANEXOS	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICOS

PÁGINA

Gráfico 1. % Pacientes según Estado Civil.

Gráfico 2. % Pacientes según Nivel Socio – Económico.

Gráfico 3. % Pacientes según Grupo Etario.

Gráfico 4. % Pacientes según Nivel de Instrucción.

Gráfico 5. % Pacientes según los Factores de Riesgo.

Gráfico 6. % Pacientes según las Causas Uterinas de Hemorragia Post Parto.

Gráfico 7. % Pacientes según las Causas de Hemorragia Post Parto del Tracto Genital Inferior No Uterinas.

Gráfico 8. % Pacientes según el Tipo de Tratamiento.

Gráfico 9. % Pacientes según el Tipo de Medicamento Administrado.

Gráfico 10. % Pacientes según el Tipo de Procedimiento Quirúrgico.

Gráfico 11. % de Frecuencia de Hemorragia Post Parto.

RESUMEN

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 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 H.P.G.D.R.

SUMMARY

This work was carried out to determine the hemorrhage frequency post childbirth in patients assisted in the H.P.G.D.R. from January to June 2010; it was used 129 clinical histories those were tabulated with Microsoft Excel the variables were: general characteristics, factors of risk, etymology of hemorrhage post-childbirth and treatment type.

In the results found that 48% that suffer this problem is married; the socio-economic level under; 36% with primary instruction and 36% with primary instruction and 32% between 24 and 29 years; the anemia 27% as more factor of risk, in the variable according to the uterine hemorrhage type post-childbirth finds 70% no-childbirth; in the non uterine hemorrhage type post-childbirth with 42% to the vaginal laceration, according to the treatment type 38% required medications of which the oxitocyn was the but used with 45% and being obtained that the used surgical treatment is revision manual 65% of the total of the sample.

It is necessary that the clinical histories fill in a complete and correct way to improve the appreciation of the factors of risk of the patient ones and to not doubt to make the active handling of the childbirth to diminish the hemorrhage post-childbirth and mortality in the H.P.G.D.R.

I. INTRODUCCION

La hemorragia post-parto es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna. Se le considera la segunda causa de muerte materna en todo el mundo y la tercera causa más frecuente en los países subdesarrollados.¹

De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo aproximadamente 515 000 anuales, casi 30% de ellas es debido a la presencia de esta grave complicación y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos, por esta patología. La Organización Mundial de la Salud ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países ‘en desarrollo’ y en los cuales la hemorragia post-parto justamente es una complicación severa que con frecuencia produce la muerte materna, justamente en la mayoría de casos por la deficiencia en los servicios de salud.²

Se ha calculado que 60% de las muertes maternas se producen posterior al nacimiento y, de ellas, 45% se produce en las primeras 24 horas de ocurrido este. Pero, el riesgo de la hemorragia es más grave aún si la madre tenía patologías asociadas a su condición de salud materna, como la anemia y la malnutrición, patologías que frecuentemente acompañan a las pacientes pobres y que lleva a la hemorragia posparto a tener una mayor severidad clínica. Es más, se afirma que dos tercios de las pacientes que presentaron hemorragia posparto no identificaron la presencia de riesgos clínicos, como la multiparidad, la miomatosis o la sobredistensión uterina, especialmente de pacientes con patologías concomitantes, como el embarazo múltiple o el polihidramnios presente durante la gestación.²

La Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 529,000 muertes maternas al año, de las cuales 166,000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 4 horas post-parto.³

Entre las causas principales de muerte materna se destacan: hemorragia (especialmente hemorragia postparto, 25 %), sepsis (15 %), alteraciones hipertensivas del embarazo (particularmente eclampsia, 12 %), y labor prolongada o detenida (8 %)

La hemorragia post-parto es por consiguiente, una de las causas más comunes de mortalidad materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo.¹⁷

En estos países, la hemorragia postparto contribuye a la mortalidad materna principalmente por la falta de instalaciones para la atención del parto y también, a un pobre estado de salud de las madres.¹⁷

A nivel del Ecuador según la UNFPA17, la muerte materna se da en un 80% debido a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preclampsia o eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido. Un 20% de esas defunciones tienen causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada vez más, SIDA.¹⁹

La incidencia de HPP en nuestro país para el año 2004 es de 3,9% en partos vaginales y de 6,4% en cesárea.²⁰

Por tal razón el estudio de las complicaciones producidas por la hemorragia post parto son de vital importancia debido a que haremos referencia a todos los casos atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el año 2010, de esta manera después de haber realizado dicho estudio obtendremos datos exactos de la frecuencia de la hemorragia post-parto y los factores que la producen.

Es por esto que con el presente trabajo de investigación se pretende conocer y establecer a ciencia cierta parámetros que influyen o que conllevan a la hemorragia post-parto que han sido atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el Período Abril – Junio 2010

PREGUNTA INVESTIGATIVA

¿Cual es la Frecuencia de Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010?

I. OBJETIVOS

A. Objetivo General:

Determinar la frecuencia de Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010

B. Objetivos Específicos

- Identificar las características generales de la muestra en estudio
- Determinar los factores de riesgo que desencadenaron la hemorragia post-parto.
- Identificar la causa más frecuente de la hemorragia post-parto.
- Identificar el tipo de tratamiento más utilizado en la hemorragia post-parto.

RCO TEORÍCO

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 (HPP). (4)

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 desarrollo.

Según los indicadores actuales 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.⁵

Hemorragia Posparto:

Hemorragia Posparto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto. La hemorragia post parto tiene una incidencia del 13%.(5)

Actualmente se considera que cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Algunos consideran 500 ml como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500 ml (casi 1000 para gemelar).

Es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tiende a subestimar el volumen real de pérdida entre un 43 a un 50%; motivo por el cual la incidencia de HPP varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16%.⁶

Cuantificación de la pérdida sanguínea.

La medición de la pérdida de sangre es difícil, pues la sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico, a veces con orina. El manchado de sangre en las sábanas, apósitos,

gasas, la pérdida de sangre en baldes, piso, el uso de soluciones para limpieza y antisepsia hacen difícil cuantificar físicamente la magnitud de la perdida sanguínea.⁷

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

FISIOPATOGENIA:

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 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.⁶⁻²⁴

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 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.⁹⁻²⁴

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 (unos minutos) adherida a él; pero a continuación del nacimiento se agregan fuertes contracciones rítmicas las cuales son motivo fundamental de desprendimiento de la placenta.⁷

El desprendimiento de la placenta puede realizarse a través de 2 mecanismos:

Baudelocque Shultze: el desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, formando así un hematoma retroplacentario 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.⁷⁻²⁹

Signos de desprendimiento (signos corporales).

La paciente experimenta después del nacimiento del niño un estado de bienestar, las contracciones uterinas que son indoloras permiten la adaptación del útero de la placenta, y como consecuencia de esto el fondo uterino llega a nivel del ombligo o a 2 a 3 centímetros por debajo de él.

La consistencia uterina varía según el momento de la palpación; ya que 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.⁷⁻²⁹

Se denomina **tiempo corporal** al período durante el cual toda la placenta está dentro del cuerpo uterino, durante el cual las contracciones se registran perfectamente. A medida que

la placenta atraviesa el canal del parto, la acción de las contracciones sobre la presión placentaria es menor.¹⁰

Se considera *tiempo corporal normal* cuando es menor de 10 minutos y *tiempo corporal prolongado* cuando la expulsión placentaria se realiza entre 10 y 30 minutos. Se considera retención placentaria cuando el alumbramiento se produce después de 30 minutos desde el nacimiento.⁷⁻¹⁰

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 terminará por desprender por simple tironeamiento.⁷⁻¹⁰

Descenso de la placenta:

Desprendida la placenta ésta 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.¹⁰

Signos de descenso (signos segmentarios):

Al llegar la placenta al segmento inferior, lo distiende, y motiva con ello el ascenso y la telerización máxima del fondo uterino.¹⁰

Signo de Ahlfeld: se coloca a nivel vulvar una pinza de Kocher sobre el cordón umbilical y a medida que se produce el descenso placentario, la misma se aleja del lugar inicial.⁷⁻¹⁰

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 indicará que la placenta está desprendida constituyendo el signo de kustner positivo; mientras que si el cordón umbilical asciende la placenta no ha descendido aún, siendo este signo negativo.⁷⁻¹⁰

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 indicará el descenso placentario lo cual indica un signo positivo.⁷⁻¹⁰

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.¹¹

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 éste el **signo del globo de seguridad de Pinard**, que confiere al útero una consistencia leñosa.⁷⁻¹⁰

Expulsión de la placenta:

Pueden presentarse dos situaciones:

- a. La absolutamente normal: Se repiten algunos pujos y éstos con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario permiten la expulsión placentaria hasta el exterior (espontánea).
- b. La placenta desprendida y descendida continúa alojada en la vagina, por lo que es necesario extraerla con ayuda manual (alumbramiento manual).⁷⁻¹⁰

CLASIFICACION

La HPP puede ser primaria o secundaria:

Primaria: Pérdida hemática superior a 500 ml originada en el canal del parto dentro de las 24 posteriores al parto.

Secundaria: Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que tiene lugar entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (12 semanas).¹²

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 período, y que continúa así durante el segundo período y el alumbramiento. También se denomina así a la expulsión de un feto con un peso mayor de 2500 gramos.⁴⁵

Primer período: Los signos de inicio del trabajo de parto son: contracciones dolorosas con cierta regularidad, borramiento o dilatación del cuello, pérdida de líquido amniótico y fluido hemático.

Segundo período: Los signos de inicio del segundo período del parto son: sensación de urgencia, rotura (a menudo espontánea) de las membranas y dilatación completa. Finaliza con la expulsión del feto.

Tercer período: Alumbramiento: Expulsión de placenta y membranas.¹²⁻³⁰

FACTORES PREDISPONENTES DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

Ciertos factores aumentan la posibilidad de que se presente hemorragia excesiva después del parto. La mayor parte interfiere con el mecanismo normal de la hemorragia.¹³⁻¹⁴

A) Sobredistensión uterina: Si el útero está sobredistendido por gemelos, feto grande, hidramnios o multiparidad, las fibras musculares se han estirado hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto.¹³⁻¹⁴

B) Trabajo de parto prolongado: Por contracciones ineficaces de la tercera etapa del trabajo de parto.¹³⁻¹⁴

C) Lesiones: Puede haber una hemorragia importante a partir de laceraciones vaginales, rotura uterina, desgarros de cuello, o incluso de episiotomía. Algunos autores afirman que la hemorragia promedio por episiotomía mediolateral es de casi 250 ml.

Existen factores que influyen en que la HPP sea fatal o no. La alta incidencia de anemia entre las mujeres de los países en desarrollo contribuye a la mortalidad: una mujer que ya está anémica no puede tolerar una pérdida de sangre que una mujer saludable podría hacerlo.

Otro factor importante es que una proporción significativa de partos en los países en desarrollo ocurre en el domicilio debido a preferencias culturales, motivos económicos, servicios de salud de baja calidad, o servicios con difícil acceso.

Si la mujer comienza con hemorragia, la persona que está atendiendo el parto a menudo no está preparada para manejar la emergencia y se tarda mucho en el traslado de la misma a un hospital; es por ello que en la actualidad se habla una y otra vez que si bien es cierto que la HPP NO SE PUEDE PREVENIR NI PREDECIR, existen medidas económicas y sencillas que se deben de considerar al momento de atender un parto y una de ellas es la implementación del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.¹³⁻¹⁴

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO.

Existen dos fuentes de HPP primaria:

1. El sitio placentario.
2. Trauma del aparato genital.

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 (paciente multigesta) o cuando existe hemorragia prenatal como en el caso de placenta previa. Ejemplo de lo antes mencionado tenemos las siguientes causas:

Trastornos 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.

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 se 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.¹³⁻¹⁴

En el tratamiento se plantean tres situaciones:

- **Placenta totalmente adherida:** La hemorragia está ausente, y por ello debe procederse en primer término a una expectación suficiente de media hora. Al término de este período 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. ¹³⁻²⁵

➤ **Cotiledón retenido:** Retención de una parte de la placenta (unidad funcional). 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. ¹³⁻²⁵

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 esta 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 reiniciará hasta que las contracciones uterinas completen la separación de la placenta. ¹³⁻¹⁴

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

Placenta acreta: Casi todas las vellosidades corionicas penetran a través de la decidua (invaden miometrio).

Placenta increta: Penetración a través del miometrio.

Placenta percreta: Puede incluir todos los cotiledones (placenta percreta total), algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal).²³

Coagulación intravascular diseminado (CID) y otros trastornos 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 trombolastina del tejido placentario al torrente sanguíneo consume el fibrinogeno.

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 tasa de letalidad, son poco frecuentes. La coagulopatía 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 a 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 período final de sangre que no coagula y que al no ser tratada de forma conveniente, la mayoría de las veces tiene evolución fatal.

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.¹³⁻¹⁴

CUADRO CLINICO:

Signos y síntomas:

- 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. (13)(14)

Los signos clínicos más comunes son:

1. Hemorragia mayor a 500 ml.
2. Sangre roja rutilante y brillante.
3. Palidez generalizada.
4. Hipotensión arterial.
5. Frecuencia del pulso acelerada (mayor de 100 Lat. /min.).
6. Sudoración.
7. Piel húmeda, mareos, náuseas y lipotimia.
8. Shock.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retrasarse (especialmente en mujeres que han recibido oxitocina). Por tanto hay 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.²⁶

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HPP:

Muchos estudios han evaluado los factores que afectan la incidencia de HPP, entre ellos pre-eclampsia, embarazo múltiple, episiotomía, trabajo de parto prolongado; entre otros, se asocian a HPP. Aunque la presencia de uno o más de estos factores puede aumentar la probabilidad de que la mujer presente una hemorragia, las dos terceras partes de la HPP ocurren en mujeres sin factores de riesgo conocidos o identificados. (13)(14)

Prenatales:

1. Primigesta.
2. Gran multípara (mayor de 5).
3. Embarazo múltiple.

4. Anemia.
5. Várices.
6. Grandes trayectos a pie.
7. Fibromatosis uterina.
8. Púrpura trombocitopenica.
9. Enfermedad de Von Willebrand.

Perinatales:

1. Embarazo múltiple.
2. Placenta previa.
3. Placenta previa más cesárea previa.
4. Polihidramnios.
5. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.
6. Óbito fetal.
7. Eclampsia.
8. Hepatitis.

Durante el trabajo de parto

1. Parto prolongado.
2. Cesárea.
3. Inducción con oxitocina.
4. Parto precipitado.
5. Aplicación de fórceps.
6. Agotamiento y deshidratación materna por trabajo de parto prolongado.
7. Corioamnioitis.
8. Coagulación intravascular diseminada (CID).

Durante el periodo cercano al parto:

1. Parto domiciliar

2. Placenta previa
3. Placenta previa con cesárea previa.
4. DPPNI
5. Útero sobredistendido
6. Polihidramnios
7. Embarazo gemalar
8. Macrosomia fetal
9. Preeclampsia y eclampsia
10. Hepatitis

Toda mujer tiene riesgo de presentar HPP, independientemente de factores de riesgo para HPP.²⁶⁻³⁰

Causas de hemorragia posparto.

1. Atonía uterina, (la causa más común),
2. Retención parcial de placenta,
3. Anillos de contracción,
4. Inserción anormal de placenta, (placenta acreta, increta y percreta, placenta subcenturiata
5. Laceración del útero y del canal del parto (desgarros perineales, cervicales y vaginales
6. Inversión uterinas
7. Coagulopatias materna

Después de la expulsión de la placenta.

1. Inercia uterina
2. Retención de restos placentarios o membranas
3. Laceraciones del canal del parto
4. Coagulopatía materna
5. Atonía uterina
6. Rotura uterina
7. Inversión uterina²²

Al considerar la hemorragia posparto, hay que distinguir dos situaciones:

La **prevención (profilaxis)** para minimizar la probabilidad de que se presente hemorragia.

El manejo (**tratamiento**) cuando se diagnostica una hemorragia tras el parto, bien porque no se ha llevado a cabo una profilaxis adecuada, o porque, a pesar de ella, se produce la hemorragia.

PREVENCION DE LA HPP:

En la prevención tenemos que considerar que existen 2 formas de aplicarlas: Manejo expectante y manejo activo del tercer período del trabajo de parto.

Manejo expectante (en mujeres sin factores de riesgo):

En la mujer que no presenta factores de riesgo y en aquella en la que el primero y segundo período del trabajo de parto se han desarrollado con normalidad, se aconseja el manejo expectante (fisiológico). Se define como una conducta de no intervención donde se aguarda a la aparición de los signos de separación y se permite que la placenta salga de manera espontánea o con la ayuda de la gravedad o la estimulación de los pezones.

También se conoce como manejo conservador o fisiológico, y está muy difundido en algunos países europeos del norte y en ciertas unidades en los Estados Unidos y Canadá. También es de práctica habitual en los partos domiciliarios en el mundo en desarrollo.

Cuando se expulsa el feto el cordón está agrandado y es de color azul. Unos minutos después el cordón se adelgaza y deja de latir. Cuando el cordón umbilical deja de latir es el momento de pinzarlo y cortarlo.

Tras un período variable (habitualmente entre 10 y 30 minutos), la placenta se separa del útero. En este momento hay un sangrado vaginal pequeño y la placenta se expulsa (menor de 400 ml).¹³⁻¹⁴

Entre el nacimiento y el alumbramiento se recomienda:

1. Observación atenta de la mujer (cantidad de sangre pérdida, altura y contracción del útero, presión arterial y pulso).
2. Recomendar a la mujer que orine para vaciar la vejiga.
3. Pedir que amamante al neonato (ayuda a la liberación de oxitocina natural).

No se recomienda:

1. Tirar del cordón.
2. Presionar con el puño el abdomen de la mujer
3. Realizar una “revisión uterina” (no hay pruebas de que esta práctica sea útil) y conlleva un riesgo notable de infección y de traumatismo mecánico.

Tras el alumbramiento hay que revisar la placenta cuidadosamente para verificar que la expulsión haya sido completa y continuar la observación materna durante un tiempo prudente (pérdidas hemáticas, presión arterial, pulso, temperatura).

Si no se produce el alumbramiento en el tiempo prudencial:

Realizar un masaje uterino poniendo la mano en el abdomen de la mujer, a la altura del cuerpo del útero y realizar movimientos circulares. Si continúa sin haber respuesta, considerarlo una complicación del tercer período del trabajo de parto.

Si el alumbramiento es incompleto (restos posparto): realizar una exploración suave del canal del parto y la cavidad uterina a fin de extraer los restos.

Realizar un legrado instrumental con precaución y de ser posible se llevara a cabo bajo sedación y anestesia general. Iniciar perfusión de oxitocina; si ya la recibía, considerar un incremento de la dosis.

Signos de alerta durante y después del tercer periodo:

Hemorragia anormal antes de la expulsión de la placenta. La hemorragia no se detendrá hasta el alumbramiento. Se recomienda administrar oxitocina y realizar una tracción controlada del cordón umbilical.

No se recomienda:

1. Administrar ergometrina (ergonovina) a pesar de su eficacia bien documentada, poseen gran inestabilidad en climas tropicales y mayor frecuencia de reacciones adversas.
2. Tirar del cordón.
3. Presionar con el puño el abdomen de la mujer.
4. Realizar una revisión uterina.¹³⁻¹⁴

Hemorragia anormal tras el alumbramiento:

Se recomienda:

1. Poner al neonato sobre el pecho de la madre.
2. Vaciar la vejiga urinaria.
3. Iniciar un masaje uterino poniendo la mano en el abdomen de la mujer a la altura del cuerpo del útero y realizar movimientos circulares.

Se debe notar como el útero se endurece y la hemorragia se detiene. En caso contrario se debe administrar oxitocina. No se recomiendan las medidas anteriormente mencionadas.

Prevención en mujeres con factores de riesgo:

Factores prenatales:

Se recomienda que, en estos casos, el parto sea atendido en un centro hospitalario con recursos para responder a cualquier posible emergencia.

Al ingreso se debe:

Canalizar una vía en prevención de posibles complicaciones.

Practicar como mínimo los siguientes exámenes:(hematócrito, tipo sanguíneo y factor Rh) y signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca materna y fetal).

Ser atendida por el médico especialista y, en caso de no encontrarse por el médico de mayor jerarquía que se encuentre en la unidad.

Durante el parto:

Primero y segundo período: manejarlo como un parto normal. Se debe propiciar el rápido contacto entre el neonato y el pecho de la madre.

Tercer período: Se recomienda realizar *manejo activo* el cual, es un proceso en el que los clínicos eligen intervenir en la expulsión de la placenta mediante el uso de los siguientes procedimientos:

- Administración profiláctica de un oxitócico (Oxitocina 10 UI IM), inmediatamente después del nacimiento del bebe (antes que pasen dos minutos).
- La administración de oxitocina a la mujer inmediatamente después del parto es por sí sola la intervención más importante utilizada para prevenir la hemorragia posparto.
- Pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical.

- Alumbramiento activo mediante esfuerzo materno o tracción controlada del cordón umbilical.
- Control periódico de signos vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca) y observación atenta del estado general de la mujer.

En ocasiones se utiliza un derivado ergótico o la combinación de oxitocina mas ergometrina. Las evidencias científicas actuales permiten afirmar que, a pesar de su eficacia bien documentada los derivados ergóticos especialmente la ergonovina tiene muy baja estabilidad en los climas tropicales y/o con la exposición a la luz; además producen efectos indeseados (náuseas, vómitos y cefalea) con frecuencia y son más caros que la oxitocina.

La combinación de oxitocina + ergometrina es tan efectiva como la administración de oxitocina sola y, además, produce efectos indeseados con mayor frecuencia que la oxitocina sola.

El manejo activo se asocia con disminución HPP mayor de 500 ml en un 62% y mayor de 1000 ml (severa) en un 67%. Por cada 1000 mujeres que se realice manejo activo se evitan 83 hemorragias posparto. Se necesitan tratar 12 mujeres para evitar una hemorragia posparto. El manejo activo también esta asociado a disminución de anemia, y necesidad de transfusión sanguínea posparto.

El manejo activo rutinario es superior al expectante en termino de perdida de sangre, hemorragia posparto y otras complicaciones del tercer estadio del periodo de parto, sin embargo esta asociado con mayor de efecto secundario desagradable (como vómitos y nauseas) e hipertensión cuando se usa ergometrina. El manejo activo debe ser la elección en los casos de mujeres que esperan tener un parto vaginal en un hospital de maternidad. ¹³⁻¹⁴⁻
22

Tratamiento de la hemorragia:

La hemorragia posparto debe considerarse una emergencia grave. El éxito terapéutico depende de:

1. Su diagnóstico rápido.
2. Identificar la causa.
3. Aplicar las medidas terapéuticas generales.
4. Solucionar las causas que producen la HPP.

En la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retrasarse (especialmente si han recibido oxitocina). Por tanto, hay que tomar en cuenta algunos signos que requieren un tratamiento con la misma urgencia que una hemorragia manifiesta:

- Incremento de la frecuencia cardiaca mayor de 100 por min.
- Frecuencia respiratoria superior a 15 por min.
- Reducción del volumen urinario.¹³⁻¹⁴⁻²⁸

El tratamiento de HPP y la urgencia de la actuación dependen del estado general de la paciente:

- Si la paciente se encuentra en estado de shock, se realizará manejo hemodinámico.
- Si se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico.

Manejo hemodinámico (paciente con shock):

Tras el diagnóstico de la HPP se recomienda iniciar el manejo de la paciente con el objetivo de lograr una restauración hemodinámica.

1. Canalizar dos venas con bránula número 18.
2. Lactato de ringer (Hartmann), de acuerdo al compromiso hemodinámico de la paciente; administrar la infusión a 40 gotas por minuto o rápidamente, hasta lograr la restauración hemodinámica.
3. Si la paciente no mejora, administrar coloides (plasma fresco, etc).
4. Considerar la posibilidad de administrar un paquete globular, y
5. Si es necesario, administrar dopamina, una vez que la paciente esté hidratada.¹³⁻¹⁴⁻²⁷

En caso de HPP se utilizara:

Bolo iv lento de 5UI de oxitocina, seguido de una infusión de 1000 ml de solución de electrolitos con 10 UI de oxitocina e infundirla a una velocidad adecuada para el control de la atonía uterina, en caso necesario la dosis puede llegar a ser de 40 UI.

La Solución para infusión continua 20 UI de oxitocina se prepara disolviendo 4ampollas de 5UI en 1000 ml de disolvente no hidratante asegurando la homogeneidad de la muestra, el cual se administra a 60 gotas por minuto , si no cedió administrar 10 UI de oxitocina

diluida en 10 cc de agua destilada, se continua masaje con manejo hemodinámica, si continua el cuadro de hipotonía se administra segundo bolo de oxitocina diluido en 10 cc de agua destilada, se continua masaje uterino y manejo hemodinámica, de persistir para ganar tiempo realiza masaje y compresión bimanual del útero, compresión de aorta abdominal y manejo de choque, se lleva a sala en cuanto sea posible para realización de laparotomía exploradora donde según sea el caso se realizará ligadura de arteria uterina y ovárica, histerectomía total abdominal o ligadura de arteria iliaca interna.

La administración en bolo intravenoso de más de 6 UI se ha asociado a hipertensión que, a menudo, se acompaña de vasodilatación cutánea y taquicardia refleja.¹³⁻¹⁴⁻²⁸

Signos de alarma:

- Hemorragia anormal: Tratarla como hemorragia posparto.
- No contracción del útero (atonía) detectada mediante palpación abdominal.
- Hipotensión materna.
- Manifestaciones de intoxicación acuosa (convulsiones, hiponatremia somnolencia).
Se trata de un efecto indeseado de la oxitocina.

En el caso que la paciente se encuentre estable hemodinámicamente se procederá a:

Identificar la causa

La causa más frecuente de HPP es la hipotonía o atonía del útero. Para conocer la causa, primero debemos palpar el útero; si este se encuentra contraído, se procederá a la revisión del canal del parto.

a) Atonía refractaria: puede ocurrir a pesar de haber administrado previamente oxitocina por vía iv o im. Se debe realizar ajustes de dosis –respuesta de la infusión de oxitocina, sin exceder las 20 miliunidades/min.^{13,14,22}

b) sangrado uterino: verificar la expulsión de la placenta completa.

En caso de que el alumbramiento haya sido completo, la causa más frecuente es la falta de contracción uterina (atonía). En este caso se recomienda iniciar masaje del fondo del útero a través de la pared abdominal; si no responde iniciar perfusión de oxitocina, si ya esta siendo perfundida con oxitocina, llevar a cabo un ajuste de dosis–respuesta de la infusión sin exceder las 20 miliunidades/min.²²

Si el alumbramiento es incompleto (restos posparto):

1. Se debe realizar una exploración suave del canal del parto y la cavidad uterina a fin de extraer los restos.
2. Realizar un legrado instrumental con precaución y, de ser posible se llevará a cabo bajo sedación o anestesia general.
3. Iniciar perfusión de oxitocina.

c). Sangrado del tracto genital inferior: ya sea por episiotomía, desgarro del cuello uterino o de la vagina. En este caso se deben reparar las lesiones correspondientes.^{13,14}

d). Lesión uterina: puede causar hemorragia masiva, a pesar de una buena contracción uterina. Si existen laceraciones del cuello que se extienda hasta el ligamento ancho o de ruptura uterina (que generalmente se presenta con colapso), se requiere laparotomía urgente. Puede ser necesaria la ligadura de las arterias ilíacas o histerectomía para salvar la vida de la paciente.²⁷

e). Alteraciones de la coagulación: sangrado profuso, sangrado en los lugares de venopunción o tiempo de coagulación prolongado, son sugestivos de coagulación intravascular diseminada (CID); la CID se asocia comúnmente a algunas complicaciones obstétricas como la eclampsia o embolismo de líquido amniótico.^{13,14}

Fármacos administrados en el tratamiento de la HPP.

En el tratamiento de la HPP, se utilizan fármacos como: oxitocina, ergonovina y, oxitocina más ergonovina (sintometrina) y prostaglandinas.

Tradicionalmente, los preparados de oxitocina y ergonovina han sido usados como agentes uterotónicos para profilaxis de HPP. Estos agentes, aunque efectivos en la disminución de la pérdida sanguínea, tienen la desventaja de inestabilidad en climas tropicales y también requiere jeringas y personal adiestrado para su administración.¹⁵

Uso de oxitocina:

La oxitócica es una hormona peptídica que favorece la contracción uterina. Es un derivado del cornezuelo de centeno. La oxitocina sufre destrucción enzimática en el tracto gastrointestinal, pero ésta es rápidamente absorbida a través de las membranas mucosas,

luego de ser administrada oral o intranasalmente. Es metabolizada por el hígado y riñones, con una vida media plasmática de sólo unos pocos minutos (de 2 a 10 min.).Solamente pequeñas cantidades son excretadas en la orina.

La oxitocina es una hormona peptídica compuesta por 9 aminoácidos secretada por el hipotálamo y almacenada en el lóbulo posterior de la hipófisis. Posee un efecto estimulante sobre el miometrio. La sensibilidad del útero a esta hormona peptídica depende de la densidad de receptores oxitócicos en el órgano blanco.

En el curso del embarazo el número de receptores en el miometrio, decidua y especialmente en el cuerpo del útero incrementan; entre más avanzado el embarazo se necesitan menos dosis para la estimulación uterina.⁴³

Se puede utilizar por vía intramuscular (im) o intravenosa (iv), en bolo o en perfusión continua, para inducir labor o aumentar las contracciones en mujeres con inercia uterina secundaria.

Por vía IM el tiempo preciso para que aparezca la acción es de 3 a 5 minutos; el efecto dura de 2 a 3 horas. Con uso iv, la acción aparece de inmediato y su duración es de 1 hora en el caso de administrarse en bolo. También puede administrarse en forma de perfusión.¹⁵

El uso de oxitocina se asocia a algunos efectos indeseables como:

1. Retención acuosa que puede conducir a hiponatremia, edema pulmonar, convulsiones y coma (especialmente tras la perfusión prolongada).
2. Hipertensión arterial grave o complicaciones de la misma.
3. Arritmias cardíacas.
4. Náuseas, vómitos.
5. Más raramente reacciones anafilácticas.

Se recomienda la administración lenta del bolo para evitar la hipotensión (en no menos de 2 minutos).

Es importante tener presente el riesgo de intoxicación acuosa y limitar la ingesta de líquidos, así como realizar la administración de electrolitos en lugar de sueros glucosados.

Uso de ergonovina:

Es un derivado ergótico, y es una amina derivada del ácido lisérgico, el cual principalmente excita la musculatura lisa y vasos. A las dosis usadas para un efecto en el útero (0.2 a 0.5 mg), las acciones vasoconstrictoras son bajas. A concentraciones bajas todos los derivados ergóticos causan incremento de la frecuencia y ritmo de las contracciones uterinas; a concentraciones altas tienen como efecto una contracción continua de la musculatura uterina.

La ergometrina es rápidamente absorbida después de la administración oral o parenteral (im), aumenta las contracciones uterinas en aproximadamente 5 a 15 min. después de una dosis oral, y 2 a 3 min. después de una dosis im. La eliminación parece ser principalmente por metabolismo hepático.

La ergometrina posee una acción más poderosa en el útero que la mayoría de los alcaloides ergóticos, especialmente en el útero puerperal. El maleato de ergometrina puede ser usada en la prevención y tratamiento de HPP causada por atonía uterina al provocar una contracción y tono uterino sostenido; comprime los vasos sanguíneos en la pared uterina y disminuye el flujo sanguíneo. Hay estudios que evidencian que la ergometrina (ergonovina) tiene muy baja estabilidad en climas tropicales y con la exposición a la luz; además produce aumento de reacciones adversas como náuseas, vómitos, cefalea e hipertensión.

La combinación de oxitocina 5UI más ergometrina 500 microgramos (μgs): (sintometrina), es tan efectiva como la administración de oxitocina sola, pero se asocia con mayor frecuencia a reacciones adversas, principalmente hipertensión.¹⁵

Uso de prostaglandinas:

Las prostaglandinas tienen potentes propiedades uterotónicas y son usadas ampliamente en la práctica obstétrica. Las preparaciones de prostaglandinas se comercializan como inyectables, tabletas o gel; de acuerdo a su intento de uso. Estos agentes no causan hipertensión lo cual los hace aplicables en pacientes hipertensos.

En el manejo de la tercera etapa de labor, las prostaglandinas han sido usadas para la HPP intratables, cuando las otras medidas fallan. Hasta la fecha, las principales desventajas las prostaglandinas han sido su costo. Recientemente, el misoprostol, una prostaglandina E1

análoga usado oralmente la enfermedades ulcero pépticas ha sido también reportadas para el manejo de la tercera etapa de labor. El misoprostol es barato, administrado oralmente y estable a temperatura ambiente. Hay considerable experiencia con el uso de misoprostol,^{15,}

28

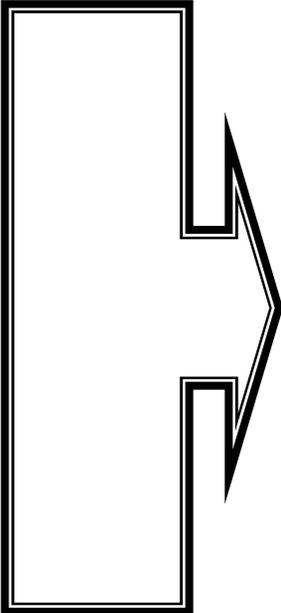
III.METODOLOGÍA

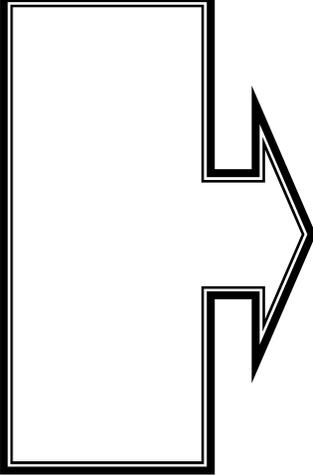
A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

La Investigación se realizará basándose en el estudio de las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Docente de Riobamba con el diagnóstico de Hemorragia Post-parto en el Período: Enero – Junio 2010.

B. VARIABLES

1. Identificación

Covariante Secundaria (Determinante)	Relación	Covariante Principal (Fenómeno)
Características Generales: <ul style="list-style-type: none">• Estado Civil• Nivel Socioeconómico• Grupo Etario• Instrucción Factores de Riesgo: <ul style="list-style-type: none">• Primigesta• Gran Multípara• Embarazo múltiple• Fibromatosis uterina• Eclampsia• Anemia• Desnutrición• Varices• Cesárea anterior		HEMORRAGIA POST-PARTO

<p>Causa de Hemorragia Post-Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uterinas • Tracto genital inferior <p>Tipo de Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masaje uterino • Medicamentos • Quirúrgicos 		
---	--	--

2. Definición

1. **Característica.-** Relativo de carácter. Cualidad que da carácter o sirve para distinguir una persona o cosa de sus semejantes.
2. **General.-** común a todos los individuos que constituyen un todo, o muchos objetos.
3. **Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Post-Parto.-** pacientes que han ingresado con cuadro clínico de Hemorragia Post-Parto
4. **Factores de Riesgo.-** factores que están relacionados con la probabilidad de que un individuo presente una enfermedad.
5. **Tipos de Hemorragias Post-Parto.-** énfasis a los tipos de Hemorragias Post-Parto de acuerdo a su clasificación.
6. **Complicaciones.-** Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas.

3. Operacionalización

VARIABLE	ESCALA	VALOR
Características Generales		
Estado Civil	Nominal	0.Soltera 1.Casada 2.Divorciada 3.Unión Libre
Nivel Socioeconómico	Nominal	0.Alto 1.Medio 2.Bajo
Grupo Etario	Continua	12 – 17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 36 – 40
Instrucción	Nominal	0.Analfabeto 1.Primaria 2.Secundario 3-Superior
Factores de Riesgo		
Primigesta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Gran Multípara	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si (>5) • No (<5)
Embarazo Múltiple	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Varices	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Miomatosis uterina	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Eclampsia	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Cesárea anterior	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Anemia	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si (Hb <12 mg/dl) • No (Hb >12 mg/dl)
Desnutrición	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Causa de Hemorragia Post-Parto		
Uterinas	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Atonía Uterina 1. Alumbramiento

		Incompleto 2. Rotura Uterina 3. Placentas Adherentes 4. Miomatosis Uterina 5. Inversión Uterina
Tracto Genital Inferior	Nominal	0. Episiotomía 1. Desgarro de la vagina 2. Ruptura de Varices 3. Ruptura del cuello del cérvix
Tipo de Tratamiento		
Masaje Uterino	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Medicamentos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Oxitócina • Ergometrina • Misoprostol • Solución Salina 0.9%
Quirúrgicos	Nominal	0. Histerectomía 1. Ligaduras Vasculares 2. Revisión manual de cavidad uterina.

		<p>3. Revisión instrumental de cavidad uterina</p> <p>4. Ligaduras de Arterias Hipogástricas</p> <p>5. Embolización de arterias uterinas</p> <p>6. Sutura de desgarros</p>
--	--	--

C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente es un estudio Transversal

D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO

Universo: Pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Muestra:

Criterio de Inclusión: Pacientes con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba con diagnóstico de hemorragia post-parto

Criterio de Exclusión: Pacientes que presentan hemorragias postparto en domicilio y hemorragias transvaginal de etiología desconocida.

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Según los objetivos planteados y en términos generales para la Investigación se obtendrá la información basándonos en la revisión de los reportes mensuales del servicio de Ginecología y Obstetricia que se encuentran en el servicio de Estadística, para recolectar los números de Historias Clínicas de las pacientes con cuadro clínico de Hemorragia Post-Parto, y de esta forma realizar la revisión de cada una de éstas para obtener la información necesaria en el período de estudio establecido Enero-Junio 2010.

Una especial revisión tendrá el formulario 04 (Hoja de Historia Clínica), junto a la nota de ingreso y hoja de partograma donde encontraremos datos para identificar si existieron factores de riesgo y para saber según el cuadro clínico a qué tipo de hemorragia post-parto pertenece.

Así también; nos es de mucha ayuda revisar las notas de evolución posteriores para conocer el manejo y las posibles complicaciones que presentaron las pacientes con esta patología

Para el procesamiento de resultados será utilizado Microsoft Excel.

F. RECURSOS

↳ *Humanos:*

Personal de estadística que labora en la Institución.

Diseñador y expositor del Programa de investigación.

Director del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Asesor del proyecto.

Investigador.

↳ *Materiales:*

Historias Clínicas

Útiles de Oficina.

Computadora.

Material Bibliográfico.

Internet.

↳ *Institucionales:*

Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

↳ *Económico:*

Autofinanciada.

ACTIVIDAD	COSTO
Internet	20, 00
Impresiones	60, 00
Copias	40, 00

Transporte	40,00
TOTAL	160,00

G. CRONOGRAMA

1. Recolección de Información.
2. Tabulación de la Información.
3. Procesamiento de la información
4. Análisis de la Información
5. Presentación de la Investigación.

Meses Actividad	A b r i l				M a y o				J u n i o				J u l i o				A g o s t o			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1											X	X								
2													X	X						
3															X					
4																	X	X		
5																			X	X

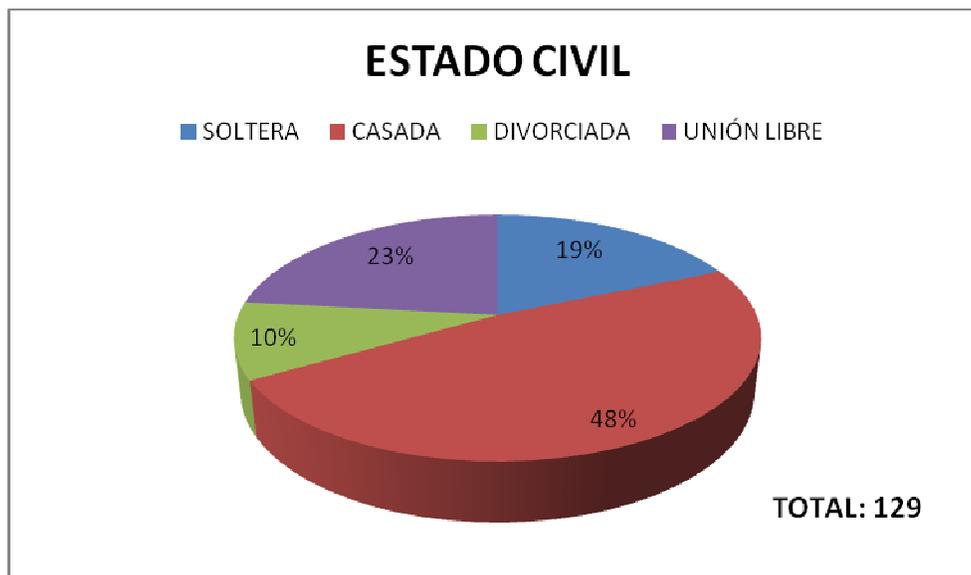
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

HEMORRAGIAS POST-PARTO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA 2010

Una vez concluido la revisión de cada Historia Clínica de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología en el año 2010, en un total de 129 pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Post-Parto, para conocer su frecuencia se ha hecho un análisis en función del estado civil, nivel socio – económico, grupo etario, instrucción; factores de riesgo; etiología de hemorragia post-parto y tipo de tratamiento.

Para efectos de una mejor comprensión de los datos obtenidos del estudio realizado se ha procedido a representarlos en diagramas.

GRAFICO N°1: % PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

Como se puede apreciar en el gráfico, el estado civil de las pacientes en estudio que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia en el año 2010, con mayor prevalencia es de Casada (48%) y el porcentaje restante lo constituye la Unión Libre, Soltera y en último lugar Divorciada.

Este comportamiento estadístico es similar en varios estudios en la Maternidad Isidro Ayora de Quito en el que se reporta con un (45%) y en otro país con similares condiciones socioeconómicas como es Bolivia en donde se reportan un 61% de casadas³¹⁻³².

Este comportamiento estadístico se debe a que son mujeres que mantienen una vida sexual estable y por ende son las que en mayor número asisten al hospital para su atención, pero hay que tomar en cuenta que la suma de pacientes solteras y de unión libre también representan un buen porcentaje de nuestro estudio realizado.

GRAFICO N°2: % PACIENTES SEGÚN NIVEL SOCIO – ECONÓMICO



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

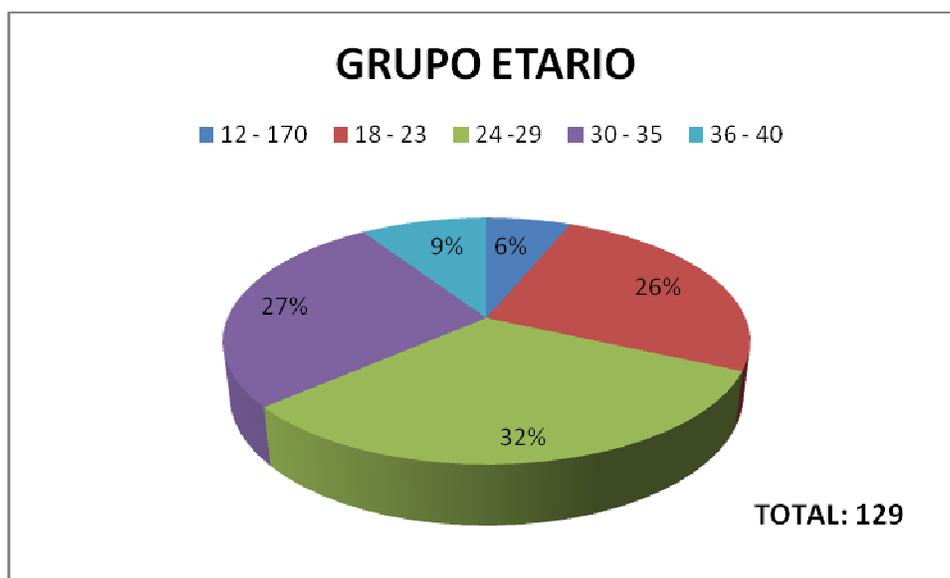
Al analizar los datos encontramos que en nuestra muestra prevalece el nivel socio – económico bajo (68%), y con menores porcentajes lo conforman el nivel medio y alto.

Si comparamos con estudios realizados en las mismas condiciones, en El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil se reporta que el 58% de las pacientes son de nivel socio – económico bajo.³³

Al realizar una comparación con nuestro vecino país Perú encontramos un (71,6%) poseen un nivel socio – económico bajo.³⁴

El nivel socio económico bajo influye en nuestras pacientes ya que al poseer limitados recursos se ve afectado su estado nutricional siendo este deficiente, lo cual puede indicar que presenten elevados índices de anemia, en los cuales los niveles de hemoglobina menores de 10 a 10,5 g/dL están asociados a resultados adversos del embarazo y predisponiendo aun mas a la mortalidad en la hemorragia post parto.

GRAFICO N° 3: % PACIENTES SEGÚN EL GRUPO ETARIO



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

En el gráfico se puede observar que el mayor porcentaje de pacientes atendidas corresponde al grupo etario de 24 – 29 años con el 32%, y con porcentajes inferiores pero considerables los grupos etarios de 30 – 35 años, de 18 – 23 años, de 36 – 40 años y finalmente 12 - 17 años, respectivamente.

Iguales resultados estadísticos se muestran en un estudio en la Maternidad Isidro Ayora de Quito publicado en una revista Peruana en el que se reporta con un 42% en mujeres menores de 30 años³⁵

Otro estudio realizado en iguales características a nuestro país como Perú en la región de Chavin en donde hace referencia a un 26,2% en mujeres de 20 - 24 años de edad.³⁴

Si nos referimos a la edad y su relación a la hemorragia post parto tomando en cuenta el grupo etario entre los 24 – 29 años que es el mayoritario, el cual está relacionado con hemorragias post parto del tracto genital inferior de tipo no uterinas como es el desgarro vaginal y cervical; lo que contrasta con el grupo etario de 30-35 años con un porcentaje considerable en el cual se espera pacientes que puedan presentar patología obstétrica en el momento del parto como es la hipotonía uterina y en el peor de los panoramas llevando a

esta a una atonía uterina que se asocia a un 40% con mayor mortalidad en pacientes con hemorragia post parto y más aun en países en desarrollo.

Al analizar pacientes entre 18 – 23 años, la causa que este grupo se asocie a hemorragia post parto se podría explicar al revisar un estudio realizado en Navarra en donde los traumas en el momento del parto como son el desgarro del canal genital, rotura uterina o inversión uterina se presentaron en mayor porcentaje en pacientes menores de 20años con un 27%.

GRAFICO 4: % PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

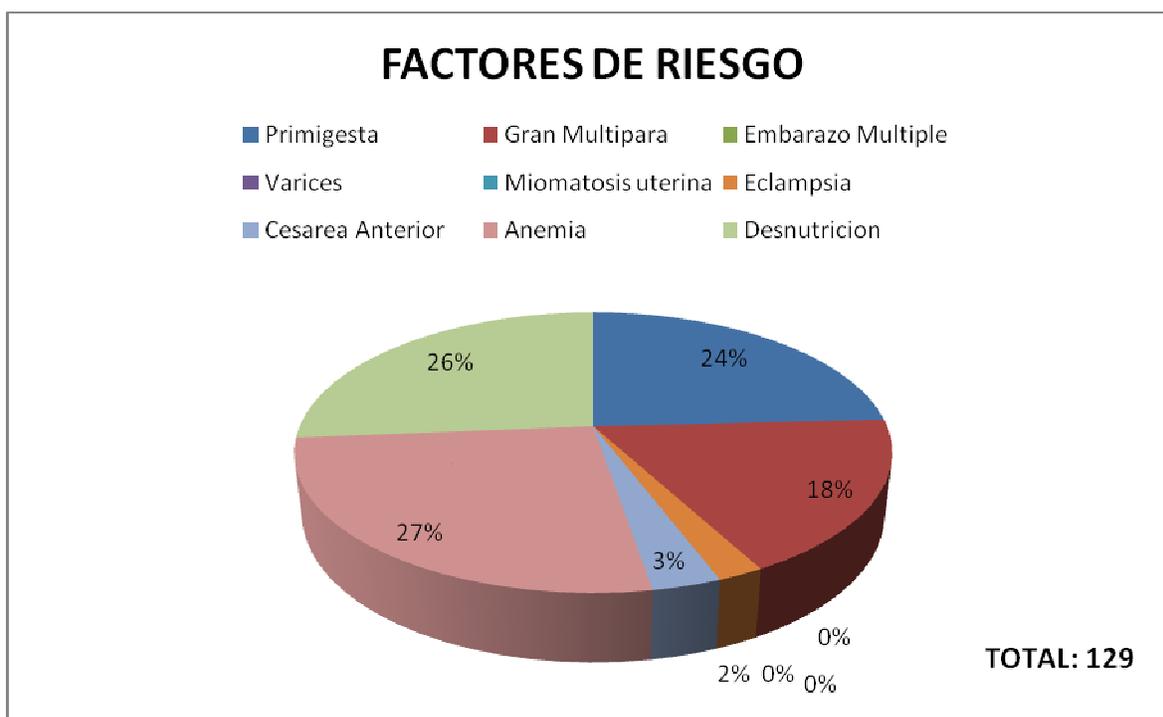
Al analizar el gráfico se puede notar que el nivel de instrucción que predomina en las pacientes en estudio es el del Nivel Primario con un 36%, a continuación el Nivel Secundario, seguidamente el Nivel Superior y finalmente ninguno.

Un estudio realizado en la Maternidad Sotomayor de Guayaquil reveló que un 39% de las pacientes que sufrieron hemorragia post parto pertenecía a pacientes analfabetas.³³

Al comparar nuestro resultado con el país vecino del Perú se pudo evidenciar que el 28,5% se presenta en pacientes analfabetas y de primaria.³⁴

Aunque los índices de analfabetismo cada día se reducen en nuestro país, en el presente estudio se puede comprobar que sigue existiendo pacientes que en el mejor de los casos tienen educación solo primaria lo cual dificulta la comunicación con este grupo de pacientes por lo cual mantienen controles prenatales deficientes (menos de 5) o nulos, asistencia no calificada en el momento del parto, se añade la falta de conocimiento en el manejo activo del tercer periodo del parto sabiendo que este reduce la incidencia y la severidad de la hemorragia postparto con una reducción aproximada de 60% de la misma y la necesidad de transfusión.

GRAFICO N° 5: % PACIENTES SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

En la realización de este estudio se llegó a determinar que el factor de riesgo en la hemorragia post parto con mayor porcentaje tenemos la anemia con un 27%, luego tenemos la desnutrición, pacientes primigestas, gran múltiparas, cesárea anterior, la eclampsia y por ultimo sin porcentajes tenemos a las varices, Miomatosis uterina y embarazo múltiple.

Si nuestro comportamiento estadístico lo comparamos con la Maternidad Isidro Ayora este presenta a la anemia como principal factor de riesgo con un 10,4%, cabe recalcar que este es el valor más alto en relación a los factores de riesgo que califican en sus estudios.⁴¹

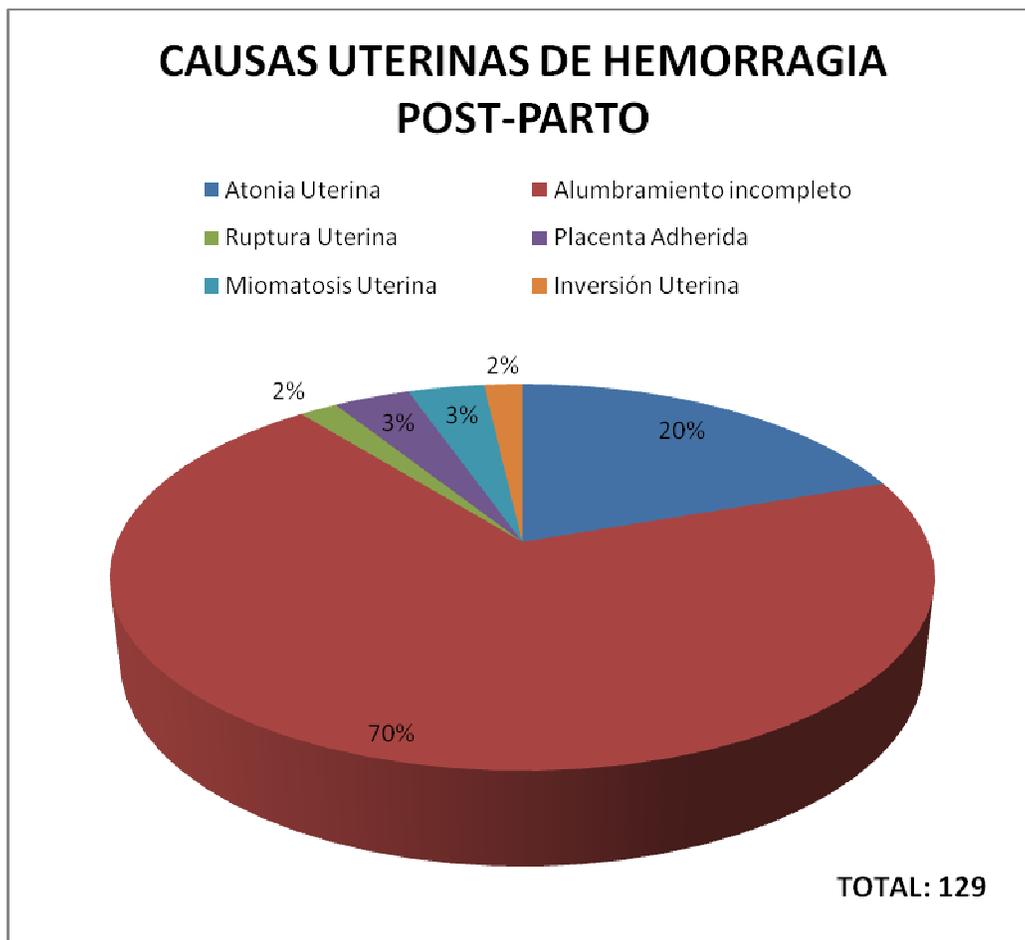
Al revisar un estudio realizado en Perú en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique en donde indican como factor de riesgo a la anemia 9.4%.³⁷⁻³⁸

Al explicar este comportamiento estadístico lamentablemente la población de la Provincia de Chimborazo pertenece a una de las más pobres a nivel nacional, registrando índices altos de pobreza lo que no permite acceder a una alimentación adecuada que conlleva a pacientes embarazadas que se encuentran con un déficit nutricional lo cual se encuentra ligada con la

anemia y a resultados adversos en el embarazo, aumentando así la morbi-mortalidad en la hemorragia post parto si se presentase. Al tomar a las pacientes primigestas como factor de riesgo para hemorragia post-parto en las cuales el tamaño exagerado del feto y tejidos rígidos a nivel de cérvix, conducto vaginal y perineo serian los que se asocian a que se produzca la hemorragia post parto del tracto inferior, lo que contrasta con pacientes multíparas en donde se presenta agotamiento muscular uterino ya sea por parto excesivamente prolongado y gran multiparidad que causen hemorragia post parto de origen uterino(hipotonía - atonía uterina).

En cuanto a pacientes con antecedentes de cesaría su riesgo de sufrir hemorragia post parto (aumenta 10 a 12 veces) ya sea por ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz lo cual en el 12% de casos conlleva a la realización de histerectomía para procurar la vida de la madre. Y en ultimo la eclampsia esta patología que se encuentra ligada a valores altos de la tensión arterial que pueden producir hemorragia post-parto 3%, retraso en la cicatrización, coagulación intravascular diseminada en un 6%, edema pulmonar en 7% , falla renal 4% y muerte en 1%.

GRAFICO 6: % PACIENTES SEGÚN LAS CAUSAS UTERINAS DE HEMORRAGIA POST-PARTO



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

En la realización de este estudio se llegó a determinar que la causas uterinas de hemorragia post parto con mayor porcentaje es el Alumbramiento Incompleto con el 70%, posteriormente la Atonía Uterina, Miomatosis uterina, Placenta Adherida, Inversión Uterina y Ruptura Uterina.

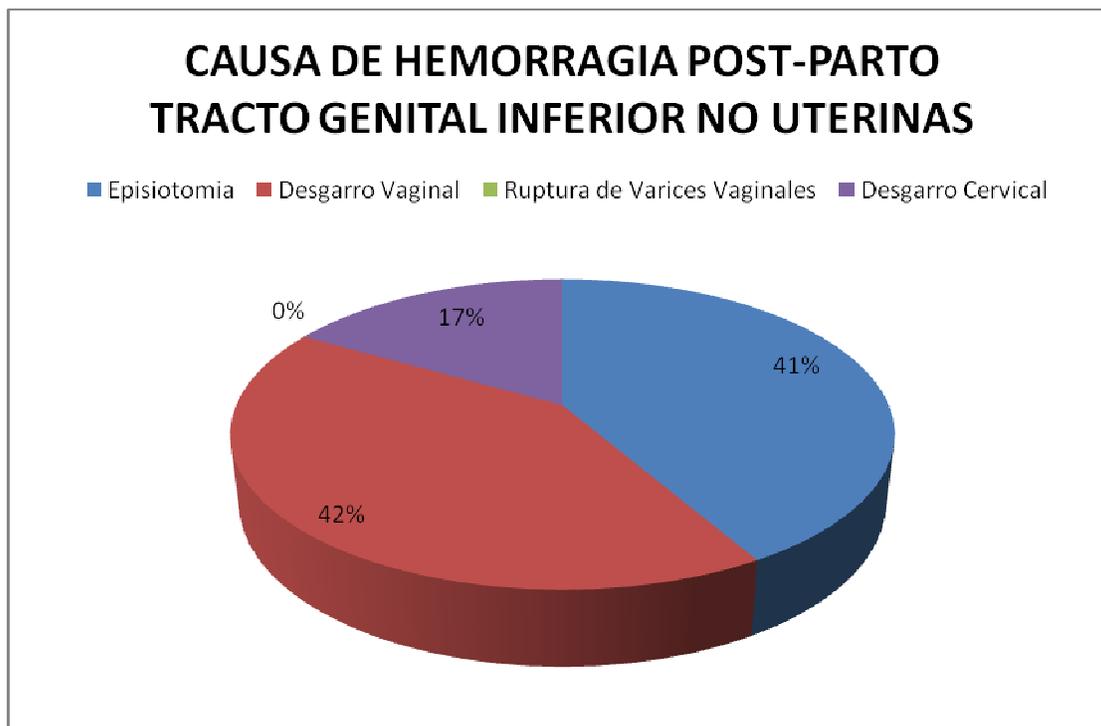
La causa de hemorragia post parto más común al referimos al Útero es el Alumbramiento Incompleto como lo muestra en la Maternidad Sotomayor de Guayaquil con un 68% de pacientes que presentan la patología antes mencionada.³³

Al comparar nuestros resultados estos se identifican con estudios realizados a nivel de Bolivia en el “ Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal” que reportan en un

54% de pacientes que presentan alumbramiento incompleto y por lo tanto hemorragia post parto.³²

La revisión de los estudios donde coincide el alumbramiento incompleto como causa de hemorragia post parto, muchos de ellos apuntan hacia la retención de tejido placentario y/o coágulos ya que la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pécreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta pécreta. Al igual se relaciona al alumbramiento incompleto con la inexperiencia en el manejo del tercer periodo del parto como causante de la hemorragia post-parto.

GRAFICO 7: PACIENTES SEGÚN LAS CAUSA HEMORRAGIA POST PARTO DEL TRACTO GENITAL INFERIOR



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

En nuestro estudio el mayor porcentaje de hemorragia post-parto del tracto genital inferior es el Desgarro Vaginal con un (42%), posteriormente la Episiotomía, Desgarro Cervical y por ultimo ruptura de varices vaginales.

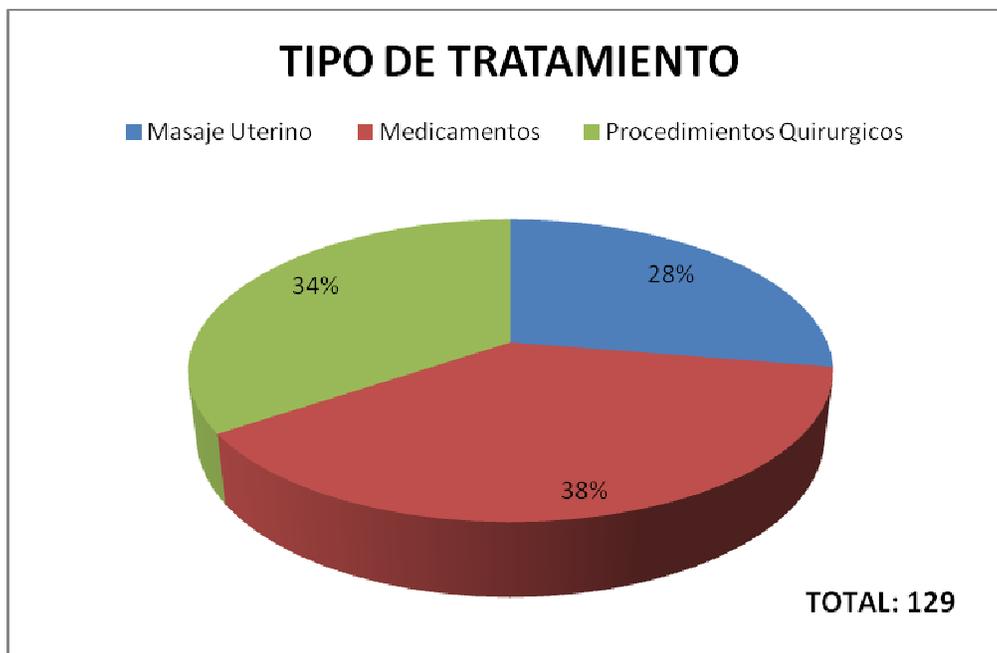
Si nuestro resultado es comparado con la Maternidad Sotomayor de Guayaquil, presenta al Desgarro del tracto inferior con un 11% como responsable de esta patología.³³

Los datos obtenidos en nuestro estudio al ser comparados con estudios realizados por la Red Global para la Investigación de la Salud de la Mujer y el Niño en países como son Argentina y Uruguay presentan a un 31% como causa de hemorragia post parto del tracto inferior.³¹

En nuestro estudio el desgarro vaginal es una de las principales causas de hemorragia post parto. Pueden ocurrir como consecuencia de un parto precipitado, expulsivo mal conducido, tamaño exagerado del feto, tejidos rígidos y aplicación incorrecta de fórceps. Se sospecha

cuando el útero se encuentra bien contraído después de la expulsión de la placenta y el sangrado por vía vaginal es significativo. Por eso se recomienda la revisión del canal del parto después de toda intervención durante el expulsivo, es una medida preventiva del choque hipovolémico que se presenta como causa de la hemorragia.

GRAFICO N° 8: % PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

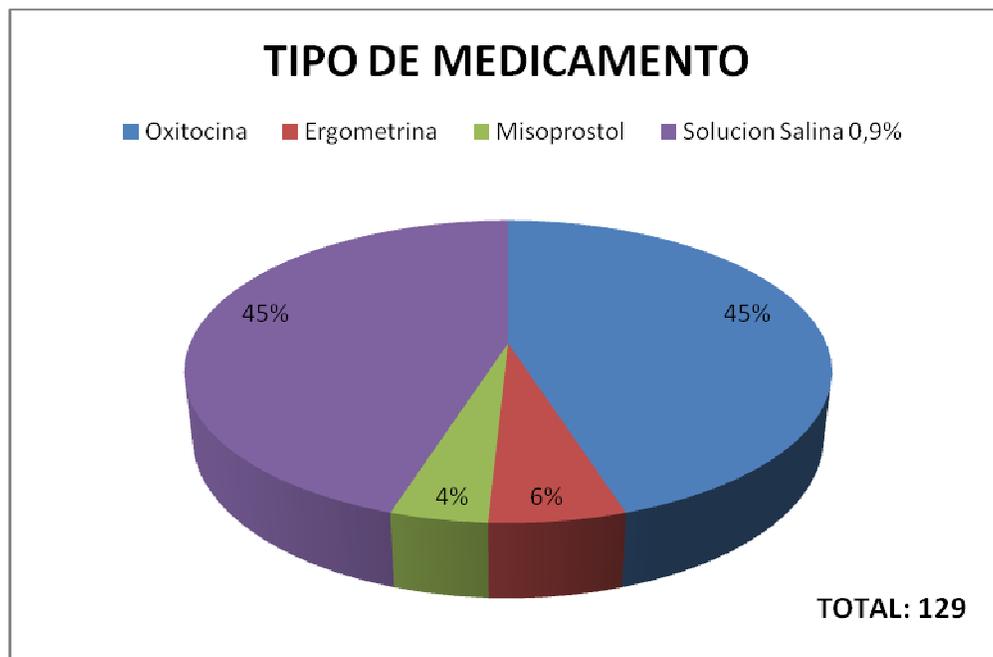
Al realizar el análisis con respecto al tipo de tratamiento más utilizado en la hemorragia post parto, se reporta que el 38% de las pacientes requirió tratamiento con medicamentos luego los Procedimientos Quirúrgicos y finalmente Masaje Uterino.

Es importante recalcar que en todas las pacientes que presentaron hemorragia post parto se realizó el manejo activo del tercer periodo del parto y a pesar de lo cual presentaron hemorragia post-parto

Resultados similares se reporta en la Maternidad Isidro Ayora, donde se indica que el tratamiento más utilizado es el uso de medicamentos entre estos la oxitócina y misoprostol, que han logrado resolver la hemorragia post parto en un 45%.³¹

Si este estudio es comparado a nivel de Latinoamérica se han propuesto protocolos de tratamiento en los cuales las drogas antes mencionadas han tenido buen resultado como es en el caso del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en donde el uso de fármacos reporta una efectividad de un 55% evitando así comprometer la vida de la madre.³⁶

GRAFICO N° 9: % PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE MEDICAMENTO ADMINISTRADO



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

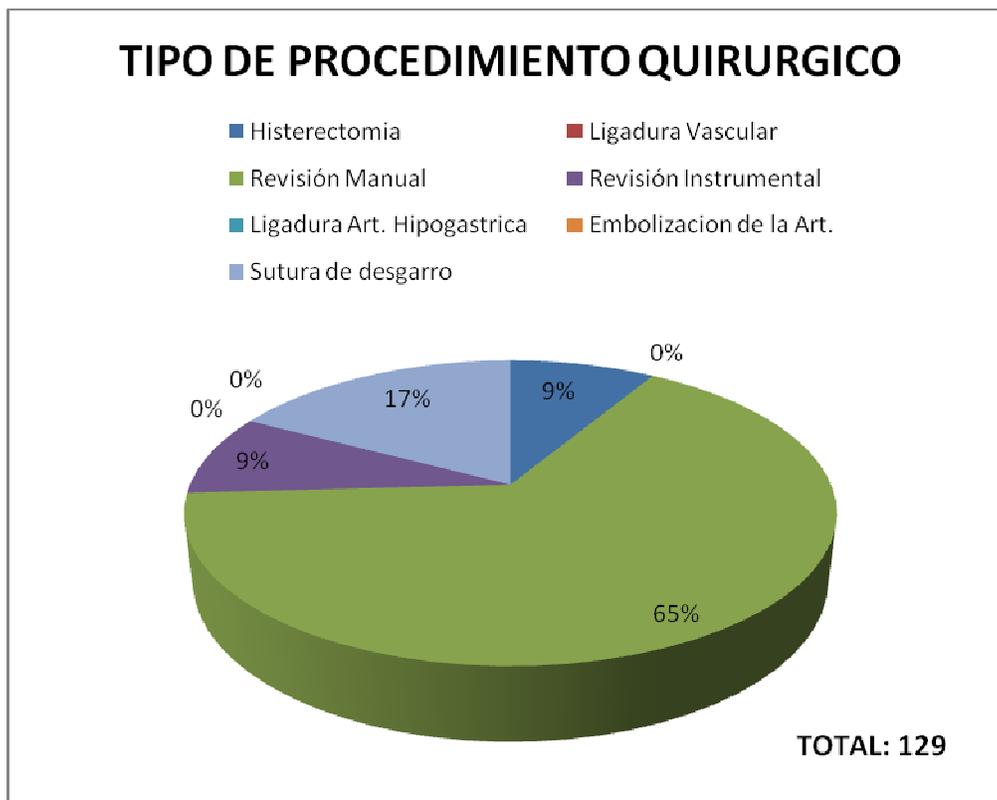
Al recolectar la información estadística se pudo evidenciar que el medicamento más usado en la hemorragia post parto es la oxitocina con un porcentaje del 45% además es importante recalcar el uso concomitante de solución salina 0.9% para el manejo de la complicación de la hemorragia post parto que es el choque hipovolémico, luego se encuentra el uso de la ergometrina y misoprostol.

Si este resultado se compara con los obtenidos en la Maternidad Sotomayor de Guayaquil reportan el uso de estas drogas en un 51% para controlar la hemorragia post parto, además se han instalado protocolos de manejo que recomiendan el uso de los medicamentos antes nombrados.³³

Al comparar a nivel de Latinoamérica en estudios realizados a nivel del departamento de Antioquia, Colombia que presenta el uso de oxitocina en un 50% para la corrección de la hemorragia post parto.³⁹

En la hemorragia post parto una de las primeras causas de muerte es por el shock hipovolémico y el tratamiento de la misma siempre va a estar encaminado a la corrección de líquidos por vía parenteral y a la administración de oxitocina para tratar de corregir el problema de base.

GRAFICO N° 10: % PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO



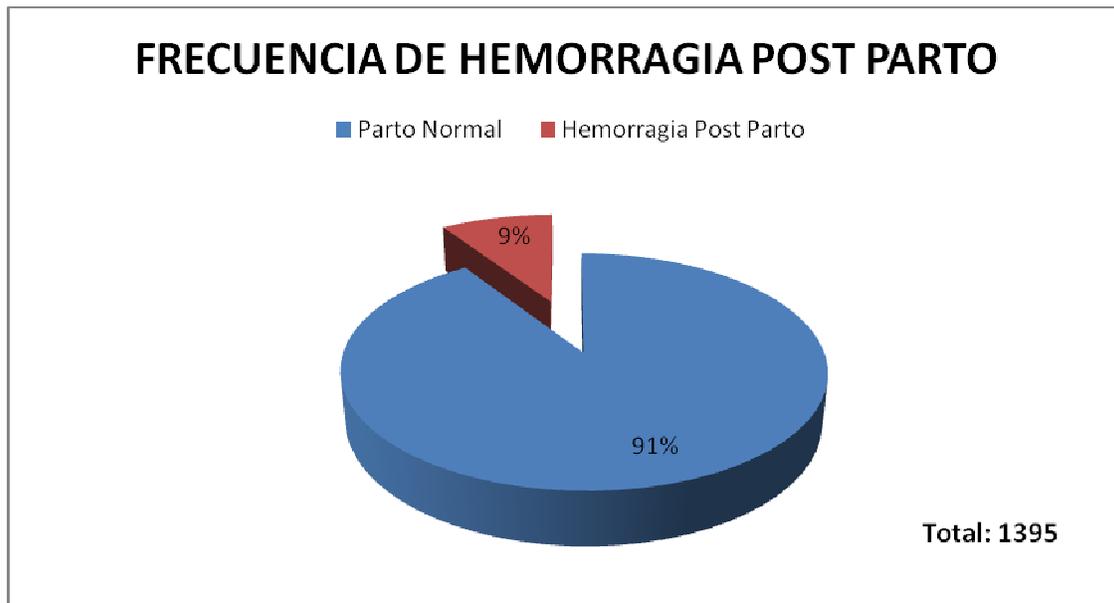
Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

En la realización de este estudio se llegó a determinar que el tipo de procedimiento quirúrgico con más porcentaje es la revisión manual con un 65% luego tenemos a la sutura de desgarro, revisión instrumental y la histerectomía.

Si los resultados obtenidos son comparados con la Maternidad Isidro Ayora tenemos 71% se realiza revisión manual por retención de placenta o membranas como control quirúrgico para controlar la hemorragia post parto.³¹

Al comparar con estudios realizados en el Hospital Clínico Universitario de Chile el cual reporta un 45% la realización de revisión de cavidad uterina en pacientes que presentan hemorragia post-parto por retención de placenta o membranas.³⁶

GRAFICO N° 11: % DE LA FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL H.P.G.D.R SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA 2010



Fuente: Historias Clínicas Hospital Provincial Riobamba Servicio de Gineco-Obstetricia 2010

La Frecuencia de Hemorragia Post Parto en las Pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del H.P.G.D.R en el periodo enero – junio de 2010 fue del 9% de un total de 1395 pacientes embarazadas atendidas.

Al comparar a nivel nacional en el Ecuador la presencia de Hemorragia post parto en pacientes ginecológicas es del 14.9% según los datos publicados por el INEC en el año de 2009.⁴⁰

Un estudio publicado en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia revelo que esta patología se presenta con una variabilidad entre estudios realizados de 2.5% a 16% y esto es debido al problema de estimar la cantidad de sangre que es perdida en el momento del parto.³⁵

Otro estudio realizado en el departamento de Antioquia-Colombia y publicado por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología en donde se reporta 14,6% que sufrieron esta patología y es atribuible a los factores de riesgo los cuales no son controlados o modificados.³⁹

Al comparar con estudios realizados Hospital Clínico Universitario de Chile el cual reporta que la hemorragia post parto es la principal manifestación de complicación en el alumbramiento. La incidencia es 5 a 10% de los partos, siendo la causa más frecuente de mortalidad materna en este periodo.³⁶

De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo aproximadamente 515 000 anuales, casi 30% de ellas es debido a la presencia de esta grave complicación y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos, por esta patología. La Organización Mundial de la Salud ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países ‘en desarrollo’ y en los cuales la hemorragia post-parto justamente es una complicación severa que con frecuencia produce la muerte materna²

Además es importante recalcar que en este estudio no se han considerado otros centros de salud, así como de otros niveles o casas de salud particulares; pues es posible que al ser considerados estos centros de salud los casos de hemorragia post parto en nuestra provincia aumenten sus cifras.

Según las estadísticas a nivel de Latinoamérica y a nivel mundial nuestro país sigue sufriendo este tipo de patología que es causa de muerte ya que somos países en proceso de desarrollo sumado a la deficiencia en los servicios de salud, pobreza, bajo nivel de instrucción y manejo de las pacientes embarazadas por terceras personas no calificadas existe la fórmula para que sigamos siendo presas de esta patología que a cobrado muertes maternas.

VII. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de Hemorragia Post Parto en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período Enero – Junio 2010 es del 9% ya que se han reportado 129 pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto, de un total de 1395 pacientes embarazadas las mismas que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del H.P.G.D.R.
2. En nuestra muestra de estudio prevalece en mayor porcentaje pacientes con estado civil casadas, del nivel socio – económico bajo, con tipo de instrucción primario y dentro del grupo etario de 24 – 29 años.
3. Presencia de factores de riesgo que desencadenaron la Hemorragia Post Parto en nuestra muestra prevalece en un 27% tenemos la anemia también se tomo en cuenta la desnutrición, pacientes primigestas, gran múltiparas, cesárea anterior, la eclampsia y por ultimo sin porcentajes tenemos a las varices, Miomatosis uterina y embarazo múltiple.
4. La causa uterina de hemorragia post parto con mayor porcentaje es el Alumbramiento Incompleto con el 70%.
5. La causa con el mayor porcentaje de hemorragia post-parto del tracto genital inferior es el Desgarro Vaginal con un 42%.
6. El tipo de tratamiento más utilizado en la hemorragia post parto, se reporta con un 38% al tratamiento con medicamentos como es la oxitocina, ergometrina y misoprostol; de los cuales se a dado más uso a la oxitocina con un 45%, concomitante a este a la solución salina 0.9%

para el tratamiento de la complicación más grave de la hemorragia post parto como es el choque hipovolémico.

7. El tipo de procedimiento quirúrgico más utilizado es la revisión manual con un 65% de frecuencia en las pacientes con Hemorragia Post Parto.

VIII. RECOMENDACIONES

- Realizar una completa y correcta Historia Clínica de cada paciente que ingresa al servicio de Ginecología y Obstetricia, para de esta forma contar con datos confiables, los mismos que servirán para todo tipo de estudios, así como para obtener una aceptable confiabilidad y sensibilidad.
- Reconocer factores de riesgo y su importancia para disminuir la frecuencia de hemorragia post parto.
- Evaluar los niveles de hemoglobina antes del parto y, si es posible y necesario, debemos corregir estos niveles antes del nacimiento.
- Efectuar la episiotomía solo en los casos necesarios y no en forma rutinaria. Además, si fuese necesaria, esta debería ser efectuada justo en el momento de la salida de la presentación fetal y no varios minutos previos, pues ello incrementa el volumen sanguíneo perdido.

- Realizar y no dudar en efectuar el ‘manejo activo’ del alumbramiento, pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la hemorragia posparto.
- Evaluar los signos vitales de la paciente, tanto en el momento de la atención del parto, así como después de haber terminado el procedimiento. Ello le permitirá al operador tener una idea general de su estado y analizar con frialdad la cuantía de sangre perdida.
- Efectuar una valoración psicológica a todas las pacientes que han presentado hemorragia post parto, debido a las repercusiones que esta patología puede llegar a desencadenar en un próximo embarazo.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- HEMORRAGIA POST-PARTO

gynuity.org/downloads/MisoPPH_ProjectDescription_Span.pdf
2010-06-10

2.- DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO

sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54.../pdf/A03V54N4.pdf
2010-06-11

3.- HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATA

www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/.../Hemorragiaposparto2005.doc
2010-06-13

4.-FIGUERAS, A. Use of Erometrine in Tropical Climates. The Complex Equilibrium Between Information, Tradition, Knowledge and Access to Drugs (USA) vol(8):2p. 2007.

5.-CONFERENCIA INTERNACIONAL: Cuidados Obstétricos de Emergencia.

Evitando la muerte y discapacidad materna: Cual es la evidencia. USA
Febrero 2006.

6.-CLAP. GUÍA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA

<http://www.paho.org/Spainish/CLAP/noved16.htm>
2010-06-12

7.-PEREZ SANCHEZ, A. DONOSO SIÑA, E. Obstetricia. 3ª ed. Santiago de Chile ,
Mediterráneo, 2007. 400p.

8.- BEGLEY, C.M. Comparative studies in the third stage of labour. Dublin, Trinity College, University of Dublin, 2008. 10p.

- 9.- **SCHWARCZ, R. L.** y otros. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 2007. 621p.
- 10.- **GIRDON, H.** y otros. La Medicina Basada en la Evidencia. Guías de usuarios de la literatura medica. Madrid, The American Medical Association. 2007. 200p.
- 11.- **BOTERO, J.** y otros. Obstetricia y Ginecología. 7ª. ed. Bogotá, CIB, 2004. 660p.
- 12.- **Mc CORMICK, M.L.** Preventing postpartum hemorrhage in low resource setting Inter J. Ginecol-Obstetric. 2008.
- 13.- **NICARAGUA, MINISTERIO DE SALUD.** Guía para la prevención y Manejo de la Hemorragia post parto. Hospital Fernando Vélez Paíz, Junio 2007.
- 14.- **DAMOS, J. EISINGER, S.** Libro Also. 4ta ed. Madrid , AAFP, 2008. 260p.
- 15.- **HEMORRAGIA POSTPARTO**
[www.gfmer.ch/Educacion_medica.../Hemorragia Postparto.pdf](http://www.gfmer.ch/Educacion_medica.../Hemorragia_Postparto.pdf)
2010-06-14
- 16.- **NICARAGUA, MINISTERIO DE SALUD.** Evaluación del manejo activo del tercer período del parto y la hemorragia post parto. Hospital Fernando Vélez Paíz. Primera fase, proyecto GHIRMMHP. Del 16-31 de Agosto 2008
- 17.- **MULLER, R. BECK, G.** Active management of the third stage of labour. 19th Swiss Congress of the Swiss Society of Gynecology and Obstetrics; 2006 June; Interlaken,
- 18.- **LA PREVENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO**
www.monografias.com/...pdf3/...hemorragia-postparto/prevencion-hemorragia-postparto.pdf
2010-06-14

19.- HEMORRAGIA POST PARTO INCIDENCIA

[Http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm](http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm)

2010-06-11

20.- LA HEMORRAGIA DESPUÉS DEL PARTO

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/185/1/94T00056.pdf>

2010-06-15

21.- HEMORRAGIA POST PARTO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/6262/5049>

2010-06-12

**22 .- MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO Y LA
HEMORRAGIA POST PARTO**

[www.minsa.gob.ni/.../TERCER%20PERIODO%20DEL%20PARTO%20Y%20LA%
20H...](http://www.minsa.gob.ni/.../TERCER%20PERIODO%20DEL%20PARTO%20Y%20LA%20H...)

2010-06-14

**23.- MANEJO EXITOSO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO POR
ACRETISMO PLACENTARIO**

www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art08.pdf

2010-06-13

**24.- MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS MINISTERIO DE SALUD
DEL PERU**

micargo.iespana.es/minsa.pdf

2010-06-14

**25.- TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE LAS HEMORRAGIAS
POSTPARTO**

www.nexusediciones.com/pdf/gine2003_2/gi-4-2-003.pdf

2010-06-15

26.- MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

www.maqweb.org/techbriefs/stb13activemgmt.pdf

2010-06-14

27.- HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATA

www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/.../Hemorragiaposparto2005.doc

2010-06-15

28.- MANEJO ACTIVO FARMACOLOGICO PARA LA PREVENCION DE LA HEMORRAGIA POST PARTO

www.med.unne.edu.ar/revista/revista143/7_143.pdf

2010-06-15

29.- CAPACITACIÓN EN CÓDIGO ROJO HEMORRAGIA POST PARTO

www.nacer.udea.edu.co/.../codigorojo.htm

2010-06-14

30.- HEMORRAGIA POSTPARTO

www.cadperu.com/.../HEMORRAGIA_POSTPARTO.pdf - Perú

2010-06-14

31.- DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

http://hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com_content

2010-10-05

32.- ÍNDICE DE ESFUERZO DE PROGRAMA MATERNO Y NEONATAL (MNPI)

http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Bolivia_MNPI.pdf

2010-10-08

33.- MODELO PREDICTOR DE MORTALIDAD MATERNA

<http://www.jbg.org.ec/es/salud/hes>

2010-10-11

**34.- FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POST-PARTO EN PARTOS
VAGINALES EN UNA POBLACIÓN DE AMÉRICA LATINA**

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_42n1/mortalidad_materna.htm

2010-10-12

35.- HEMORRAGIA POST PARTO

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/A03V54N4.pdf

2010-10-16

36.- MANEJO DE HEMORRAGIA POST PARTO

<http://www.redclinica.cl/>

2010-10-20

37.- CONTROL DE LA HEMORRAGIA POST PARTO

<http://www.hgoia.med.ec/docs/planesdiagnos/DiagnosticoSituacional-2005.pdf>

2010-10-22

38.- HEMORRAGIA POST PARTO Y TERCER PERIODO

http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/34695156.html

2010-10-23

39.- HEMORRAGIA POST PARTO ESTUDIO EN LATINOAMERICA

<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo>

2010-10-25

40.- HEMORRAGIA POST PARTO

<http://demedicina.com/enfermedades/XV.%20Embarazo.>

2010-10-27

ANEXOS