



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÈMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA
MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL DE
CORACORA SEPTIEMBRE 2013 – AGOSTO 2014”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: SOTO MENDOZA, ROSARIO YORYET

ICA – PERU

2015

DEDICADO A:

Dios por iluminarme y guiarme durante mi etapa académica y permitirme terminar mi profesión

A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida por ser muy paciente y cariñosa.

AGRADEZCO A:

A Dios, por darme la vida, por acompañarme todos los días y permitirme culminar uno de los peldaños más importantes de mi vida.

A mi asesor por el apoyo brindado para poder desarrollar y culminar mi trabajo de investigación.

RESUMEN

Las Hemorragias de la segunda mitad del embarazo son la tercera causa de morbilidad y mortalidad materna en el país. Los sangrados genitales de la segunda mitad del embarazo complican 6% de las gestaciones. Las causas son placenta previa en 13%, abruptio en 7% y secundario a trabajos de parto pretérmino o a término, o secundarios a lesiones locales del tracto genital inferior en 80%.

Se realizó un estudio cuyo objetivo principal fue determinar los factores que influyen en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en el Hospital de Coracora Septiembre 2013- Agosto 2014, para lo cual se diseñó una investigación de tipo observacional, transversal, analítica, y retrospectiva, realizándose la revisión de historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital de Coracora que presentaron hemorragias desde el mes de septiembre 2013 a agosto 2014.

Obteniéndose las siguientes conclusiones: La prevalencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo es de 11.1% en el Hospital de Coracora. Existe una mayor frecuencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en las gestantes de 35 a más años con un 50%. Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo se presentan con mayor frecuencia en las multíparas con 75% que en las primíparas. La condición de tener como antecedente hemorragias en la segunda mitad del embarazo es un factor que predispone a hemorragias en los partos siguientes con un 83.3%. Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo son más frecuentes en gestantes con menor número de control prenatal con un 58.3%, así mismo con respecto al lugar de procedencia, se muestra que existe una mayor frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo en las gestantes procedentes de Puyusca con un 25% y pullo 17% .

PALABRAS CLAVES: FACTORES INFLUYEN, HEMORRAGIAS SEGUNDA MITAD EMBARAZO PUERPERIO INMEDIATO

ABSTRACT

The bleeding in the second half of pregnancy are the third leading cause of maternal morbidity and mortality in the country. Genital bleeding of the second half of pregnancy complicated 6% of pregnancies. The causes are placenta previa at 13%, 7% and abruptio secondary to work preterm or term, or secondary to local lesions of the lower genital tract in 80%.

A study was conducted whose main objective was to determine the factors that influence bleeding in the second half of pregnancy and in the immediate postpartum period Coracora Hospital from September 2013 - August 2014, for which an investigation observational, transversal designed, analytical and retrospective, performed a review of medical records of pregnant women at the hospital bleeding events Coracora that from the month of September 2013 to August 2014.

Obtaining the following conclusions: The prevalence of bleeding in the second half of pregnancy is 11.1% in the Hospital Coracora. There is an increased frequency of bleeding in the second half of pregnancy, in pregnant women over 35 years with 50%. Bleeding in the second half of pregnancy occurs most frequently in multiparous with 75% in gilts. The condition of having as antecedent bleeding in the second half of pregnancy is a factor that predisposes to bleeding in the following births with 83.3%. Bleeding in the second half of pregnancy are more common in pregnant women with fewer prenatal care with 58.3%, also with respect to the place of origin, it shows that there is a higher incidence of bleeding in the second half of pregnancy in Puyusca pregnant from a cocoon 25% and 17%.

KEYWORDS: FACTORS AFFECTING, BLEEDING PREGNANCY SECOND HALF IMMEDIATE PUERPERIUM

ÍNDICE.....	Pág
INTRODUCCIÓN.....	9

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	13
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	13
1.4. OBJETIVOS	
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	14

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2. BASES TEÓRICAS.....	22
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	57
2.4. HIPÓTESIS.....	60
2.5. VARIABLES.....	60
2.5.1. VARIABLE DE ESTUDIO	60
2.5.2. VARIABLE DE CARACTERIZACION.....	60
2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	61

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.1.3. MÉTODO.....	62
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.2.1. POBLACIÓN.....	62
3.2.2. MUESTRA.....	63
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	63
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	63
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
3.3.1. TÉCNICAS.....	64
3.3.2. INSTRUMENTOS.....	64
ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	64

CAPÍTULO IV:

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN RESULTADOS.....	65
DISCUSIÓN.....	73
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	78
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	79
ANEXOS	
- MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	84
- MODELO DE FICHA DE EPIDEMIOLÓGICA.....	86

INTRODUCCIÓN

Se señala que cada minuto de cada día, en alguna parte del mundo, una mujer fallece a causa de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio; sin embargo, una gran parte de estas muertes son evitables. Desde la década del 40, estas defunciones son cada vez menos frecuentes en países desarrollados, afectan más agudamente a las clases pobres y desfavorecidas, demostrado en el aumento de la razón de muerte materna en 20 veces en los países en vías de desarrollo comparado con los ya desarrollados.

Para estas mujeres, el evento muerte materna puede significar una larga historia de dolor y sufrimiento, pero por estas mismas afecciones un número importante de las que no fallecen, quedan lesionadas o discapacitadas para toda la vida, de manera que constituye una afección invalidante para la vida reproductiva de la mujer.⁽¹⁾

La causa principal de mortalidad materna en el mundo y en Perú es la hemorragia, la cual representa siempre motivo de preocupación. Este evento que se presenta con relativa frecuencia, acarrea gran carga para los bancos de sangre proveniente de las demandas de los servicios de obstetricia. Se ha señalado, además, que en las salas de partos se divisa con facilidad la cuantía de sangre en las botas, paños de campo y ropa del obstetra, lo que demuestra el por qué considerar la obstetricia como una disciplina “sangrienta”.

Entre 2009 y 2010 la pérdida masiva de sangre constituyó la primera causa de morbilidad materna extremadamente grave, por lo que se considera el paso previo que se interrelaciona con la principal causa de muerte materna en el mundo y en Perú, la hemorragia, aún con mayor frecuencia la generada en el posparto inmediato.

Es importante precisar que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidades de salud, para enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad.

(1) - La prevención y dirección de hemorragia de postparto. Informe de un Grupo de Funcionamiento Técnico. Ginebra: OMS 2011

Está unida al concepto de derechos humanos y justicia social, que se puede definir como, "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente".

Esto implica considerar tanto las barreras de acceso que poseen determinados grupos o poblaciones para contactar los servicios de salud, como para acceder a las prestaciones contempladas en el marco del Sistema de Protección Social. Estas barreras de acceso, de acuerdo al modelo de cobertura efectiva de Tanahasi (1978), se pueden clasificar como: Disponibilidad de servicios, accesibilidad física y financiera, sin barreras de la organización y baja adherencia a las prestaciones.

Coracora es una ciudad que en los últimos años ha mejorado la accesibilidad a los diferentes poblados de cobertura, pero en años anteriores las dificultades eran enormes que muchas veces eran causas de desenlaces fatales de gestantes que presentaban hemorragias por cualquier motivo y sobre todo por hemorragias del tercer trimestre y puerperio inmediato.

Por ello, la presente actualización de análisis de las hemorragias del tercer trimestre y puerperio inmediato tiene como objetivo poner a mano de los médicos y obstetras un grupo de consideraciones prácticas que ayuden a la toma de decisiones tempranas para mejorar este sensible problema de salud.

Por lo que la investigación se diseñó en cinco capítulos siguiendo las normas de la Escuela Profesional de Obstetricia, así en el I capítulo se trata de enfocar al problema de una manera amplia, haciendo hincapié en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo que son las causas principales de muerte materna, para lo cual se formuló los problemas y objetivos, además de la justificación del estudio, más adelante en el II capítulo se verifica el estado de las investigaciones desde una punto de vistas nacional, e internacional así como regional, además de sentar las bases teóricas del problema; en capítulo III se plasma las hipótesis y variables; en el capítulo IV se plantea el diseño de la investigación así como se determina la población y muestra, técnica de análisis, instrumento y forma en que se va manejar y analizar los datos; finalmente el V capítulo trata sobre temas administrativos del proyecto así como la bibliografía y un modelo del instrumento a utilizar.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Se ha calculado que el 60% de las muertes maternas se producen posteriores al parto 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 mal nutrición, patologías que frecuentemente acompañan a las pacientes pobres y que les lleva a la hemorragia posparto y tener una mayor severidad clínica.

Se estima que medio millón de mujeres fallecen a consecuencia del parto a nivel mundial. Este dato estimado, nos dice que el 99%, de estas muertes, suceden en países, subdesarrollados. Lo cual vincula el desarrollo social de un país, con la posibilidad de muerte a consecuencia del parto.

En el área rural es donde ocurre la mayoría de las muertes maternas en comparación con el área urbana, ya que las limitaciones en la primera son más marcadas.

Las Hemorragias de la segunda mitad del embarazo son la tercera causa de morbilidad y mortalidad materna en el país. Los sangrados genitales de la segunda mitad del embarazo complican 6% de las gestaciones. Las causas son placenta previa en 13%, abruptio en 7% y secundario a trabajos de parto pretérmino o a término, o secundarios,

lesiones locales del tracto genital inferior en 80%. En algunos casos no se logra identificar el lugar del sangrado.(2)

La gran mayoría de gestantes de la zona de Coracora son personas que se encuentran en el campo y generalmente tienen que trabajar para el sustento personal y familiar lo que pone en condición de vulnerabilidad de presentar complicaciones durante su embarazo y sobre todo de la segunda mitad pues el esfuerzo físico es una condición que favorece la presencia de estas complicaciones tanto en frecuencia como en severidad.

El Hospital de Coracora pertenece al departamento de Ayacucho y se encuentra alejado de los establecimientos de atención especializada por lo que la transferencia de pacientes con hemorragias obstétricas y sobre todo de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato son tardías y con consecuencias fatales. En este hospital no se realizó estudios que diagnostiquen el verdadero problema que estas patologías ocasionan, por lo que considere necesario realizar una investigación que determine la prevalencia y causas más frecuentes de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.

1.2. Delimitación de la Investigación

- Delimitación Espacial.- El estudio se realizó en el Hospital de Coracora ubicada en la provincia de Parinacochas departamento de Ayacucho.
- Delimitación Temporal.- El estudio se desarrolló en el mes de septiembre del 2014, sobre historias que corresponden al mes de septiembre del 2013 al mes de agosto del 2014
- Delimitación Social.- La investigación involucro a las gestantes que fueron hospitalizadas en el hospital referencial Coracora.
- Delimitación Conceptual.- La investigación está enfocada en conocer los factores que influyen en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

(2) - Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencia obstétrica según nivel de capacidad. Lima: MINSA; 2007.

1.3. Formulación del Problema de Investigación

1.3.1. Problema Principal

¿Cuáles son los factores que influyen en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en el Hospital de Coracora septiembre 2013 a agosto 2014?

1.3.2. Problemas Secundarios

¿Cuál es la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el hospital de Coracora desde setiembre 2013 a agosto 2014?

¿Cuáles son los factores más influyentes en la segunda mitad del embarazo desde setiembre 2013 a agosto 2014?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. objetivo general

- Determinar los factores que influyen en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en el Hospital de Coracora desde septiembre 2013 a agosto 2014

1.4.2. objetivos específicos

- Determina la edad como factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Coracora
- Conocer si la multiparidad es un factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Coracora
- Determinar si el antecedente de Hemorragia es un factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Coracora
- Determinar si el número de control prenatal es un factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Coracora
- Determinar si el lugar de procedencia es un factor de ries para las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el hospital de Coracora

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

La hemorragia en la segunda mitad del embarazo es causa importante de mortalidad perinatal y morbilidad materna y se presenta en el 3,5% de todos los embarazos. La principal causa es el abruptio de placenta seguido por la placenta previa, la vasa previa y la ruptura uterina. Sin embargo, en aproximadamente el 50% de los casos de hemorragia anteparto, la etiología no se conoce. (3)

En el Perú la hemorragia del tercer trimestre y postparto son la principal causa de mortalidad materna, esta fue un 41% (aproximadamente 500 muertes maternas) en el año 2007; de estas el 32% ocurrió en el embarazo, el 20% durante el parto y el 48% en el puerperio.

El presente trabajo de investigación es muy importante para la salud pública de Coracora. Entonces es notorio que es necesario que se realicen este tipo de estudio para tomar las medidas preventivas adecuadas ya que una vez iniciada la hemorragia postparto es difícil controlarla, es por ello que es muy importante que los hospitales de Coracora tengan conocimientos, a partir de una investigación realizada en el Hospital, acerca de los factores que se asocian a la hemorragia postparto inmediato y a partir de la identificación de estos puedan tomar las medidas preventivas adecuadas.

El evitar una muerte materna por motivos evitables prevenibles tiene un enorme impacto en la salud de las gestantes pues muerta la madre significa la muerte de una líder que puede traer consecuencias graves en la salud de sus dependientes, por lo que investigar este tema en un área del País en cierto abandono por la autoridades de salud es que da la relevancia a la investigación, pues contribuirá con el conocimiento de estas condiciones que peligran la vida de la madre.

(3) - González-Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Editorial el sevier. 5ta edición España .2009

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Título: Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto 2012

Autor: Nápoles Méndez D.

Es conocido que la hemorragia obstétrica es la primera causa de mortalidad y morbilidad materna extremadamente grave; sin embargo, solo un número de gestantes presentarán factores de riesgo para esta emergencia, aunque también se presenta, en un número de ellas, en ausencia de dichos factores. Por tanto, el obstetra debe estar preparado para una hemorragia eventual en todas las gestantes y parturientas. Resulta elemental la cuantificación adecuada de las pérdidas sanguíneas y la identificación de los primeros síntomas y signos, lo cual se logra con el cuidado personalizado de las pacientes y además permite realizar un diagnóstico precoz y la intervención temprana con el tratamiento médico o quirúrgico, a fin de disminuir la morbilidad materna extremadamente grave por hemorragia y, consecuentemente, reducir la mortalidad. (4)

(4) - Nápoles Méndez D, Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Hospital General, Santiago de Cuba. 2012.

Título: Factores asociados a mortalidad materna realizados en el departamento de Chiquimula. 2009

Autor: Ortiz E.

Se tomó la totalidad de muertes en mujeres de edad fértil que se encontraron en los libro de defunción de los registros civiles de las tres municipalidades. Utilizando una boleta de recolección de datos, tomando en cuenta características de persona, tiempo y lugar de cada caso. De los 42 casos encontrados la causa de muerte fue choque hipovolémico por hemorragia severa.

De estas muertes procedían del área rural con un (80%). El 89% de los casos fue atendida por comadrona, estando la mayoría de muerte en la edad mayor de 35 años, analfabetas, casadas, vivían en extrema pobreza. Por lo que se sugiere instruir a las mujeres de edad fértil sobre la importancia de llevar una adecuada atención en el embarazo, parto y puerperio. Capacitar a las comadronas, estandarizando estrategias para dar atención al embarazo, parto y puerperio, principalmente en el área rural. (5)

Título: Riesgo De Mortalidad Materna 2012

Autor: Yupangui Chiriboga E.

Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal, realizado sobre el riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el período, enero 2004 a diciembre 2008, en el Centro Materno Infantil Saquisilí. Se tomó como muestra 150 casos a través de variables maternas, con el objetivo de caracterizar y analizar las principales causas de riesgo de la morbilidad y mortalidad materna. Este estudio abarcó a todas las madres que ingresaron a esta casa de salud, cuyos datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas y registros médicos de defunción. En el estudio se obtuvo como resultados un predominio del grupo de edad de 20 a 29 años 67%, baja escolaridad 70%, menos de cinco controles prenatales 41%. La principal causa de morbilidad materna fue la hemorragia postparto con 13 %, seguida por el aborto incompleto 4%. También se evidenció como resultado 8 muertes maternas que representa el 5%, en las que predominó el grupo de edad mayor de 30

años con el 38%, las principales causas de muerte materna en este periodo fueron la hemorragia postparto caracterizado por el 38%, seguida por las Infecciones del postparto 37%, y eclampsia 25%. Llama la atención el 50% de muerte institucional equilibrándose con el 50% de muerte domiciliaria.⁽⁶⁾

Título: La hemorragia genital provocada por una placenta previa.

Autor: Cabero Roura L.

(España – 2010), en su trabajo de investigación titulado La hemorragia genital provocada por una placenta previa manifiesta lo siguiente: La hemorragia genital provocada por una placenta previa puede llegar a ser, en ciertas ocasiones, extremadamente grave e importante; otras veces, es insidiosa y escasa sin apenas repercusión para la madre y para el feto, la frecuencia con la que encontramos una placenta previa oscila entre un caso por cada 125 nacimientos y uno por cada 300. Debemos aclarar que el crecimiento progresivo del útero va a causar en la mayoría de las ocasiones que el lugar de implantación de la placenta vaya desplazándose hacia arriba, y consiga liberarse el orificio cervical por el que tendrá que salir el niño.

Es decir, una gestante puede ser diagnosticada de placenta previa y al cabo de las semanas puede haberse modificado su colocación. ⁽⁸⁾

(5) - Ortiz E. Factores asociados a mortalidad materna realizado en los municipios de San Juan Ermita, Jocotan y Camotan en el departamento de Chiquimula. 2009

(6) - Yupanqui Chiriboga E. Riesgo De Mortalidad Materna en Embarazadas en el Cantón Saquisilí, Guayaquil - Ecuador 2012.

Título: Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo 2010.

Autor: Pérez-Aliaga C.

El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna; Se recuerda que se asocia a parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, coagulación intravascular diseminada. En el manejo se requiere con frecuencia transfusiones de sangre y hemoderivados, así como realizar procedimientos quirúrgicos, incluyendo la histerectomía de emergencia. Se hace una revisión de las causas de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, haciendo énfasis en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las patologías causantes. (7)

Título: Causas y factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área Gineco-Obstetrica del Hospital Verdi Cevallos Balda en el periodo Octubre 2010 a Marzo 2011

Autor: Alcívar L.

Se utilizó el diseño de un estudio descriptivo – retrospectivo, para esto se recolectaron los datos a través de la revisión de historias clínicas siendo 1220 el total de la población en estudio. Muestra: Se tomó a los 73 casos que se presentaron de hemorragias post parto.

Resultados: Las principales causa de hemorragia postparto (HPP) fueron las atonías uterinas, las lesiones del canal blando del parto y los restos placentarios.

Conclusiones: La causa de HPP con mayor frecuencia se presento fue la lesión del canal blando del parto y el mayor factor de riesgo fueron las mujeres que no cumplieron con un control prenatal adecuado. (8)

Título: Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina (Uruguay 2009)

(7) -Pérez-Aliaga C. Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo. GinecolObstet 2010

(8) - Cabero Roura L. La hemorragia genital provocada por una placenta previa. (España – 2010)

Autor: Sosa C, et al.

Estudio de cohorte prospectivo que incluye todos los nacimientos ocurridos por parto vaginal entre Octubre y Diciembre de 2006 y entre Octubre y Diciembre de 2008 ocurridos en 24 maternidades de dos países sudamericanos: Argentina y Uruguay. La pérdida de sangre se midió en todos los partos vaginales utilizando un recipiente calibrado. La hemorragia post-parto estándar y la hemorragia post-parto severa fueron definidas como una pérdida de sangre ≥ 500 ml y $\geq 1,000$ ml, respectivamente.

Resultados: La hemorragia post-parto (HPP) estándar y la HPP severa ocurrió en 10,8% y 1,9% de los partos, respectivamente. Los factores de riesgo más fuertemente asociados y la incidencia de hemorragia post-parto fueron: placenta retenida (33,3%), embarazo múltiple (20,9%), macrosomía (18,6%), episiotomía (16,2%) y sutura perineal (15,0%). (9)

ANTECEDENTES NACIONALES

Título: Relación entre la pérdida sanguínea estimada y la pérdida sanguínea calculada en partos por cesárea en nulíparas (Perú 2012).

Autor: Casquero J. Et (Perú 2012)

Metodología: Estudio descriptivo de correlación. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Intervenciones: Se revisó 160 historias clínicas de pacientes nulíparas atendidas de parto por cesárea a término, en el año 2011. Conclusiones: Se halló correlación débil entre la PSev (Pérdida sanguínea estimada visualmente) y la PSc (pérdida sanguínea calculada), estadísticamente significativa. Para sangrado Intraparto menor a 500 mL, la PSev fue sobreestimada, y para sangrado intraparto mayor a 1000mL (hemorragia posparto), PSev fue subestimada. La estimación visual del sangrado Intraparto es un método inexacto para calcular volúmenes sanguíneos, por lo cual se requiere métodos alternativos efectivos, que incluyen el uso de una fórmula que utiliza la estimación del volumen sanguíneo materno y la variación del hematocrito. (10)

(9) - Alcívar L. Título: Causas y factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda (Ecuador 2011).

Título: Factores de riesgo de la hemorragia Post Parto Inmediato: Estudio Caso - Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique (Perú 2014)

Autor: Pariguana J. Et

Metodología: Estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles. Se encontraron 86 casos que se estudiaron con 86 controles que fueron apareados por grupos de edad y tipo de parto.

Se realizó un análisis de regresión logística múltiple, con un intervalo de confianza del 95%. Conclusiones: Los factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios y los desgarros de cerviz, vagina y periné, los dos factores en parto por vía vaginal, más no se presentaron factores de riesgo en partos por cesárea. La frecuencia de HPP en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de estudio fue de 3.03%. El promedio de la diferencia de hematocrito pre y postparto en casos de HPP fue de 11.59%.

Título: Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal

Autor: Grandi Carlos Sarasqueta

El control prenatal (CP) debe cumplir, según recomendaciones de organismos oficiales de salud, con los requisitos básicos de ser precoz, (1a. consulta en el 1er trimestre), periódico, completo (mínimo 5 controles) y de cobertura global. El objetivo del estudio fue analizar la relación entre estos requisitos e indicadores de riesgo biológico-social y de daño perinatal, además de sus tendencias históricas, en la Maternidad Sardá de Buenos Aires. Población: El total de nacimientos registrados en el Sistema Informático Perinatal (SIP) entre 2000 y 2005, controlados para la edad gestacional (EG: 38-41 semanas) (n=28.346).
Material y métodos: Diseño observacional analítico.

(10) - Sosa C. Título: Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina (Uruguay 2009).

(11) - Casquero J. Et. Título: Relación entre la pérdida sanguínea estimada y la pérdida sanguínea calculada en partos por cesárea en nulíparas. (Perú 2012).

Variables independientes: ausencia del control prenatal, edad gestacional a la 1a. consulta y número de consultas prenatales. Factores de riesgo biológico-sociales: diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, nivel educacional y número de gestas previas. Resultados: La mediana del número de controles prenatales fue baja (5,2-8), siendo menor en los grupos con daño perinatal. La EG a la 1a. consulta fue tardía (24 ñ 8 semanas), sin relación con los factores de riesgo o de daño. Las diferencias según nivel educacional no fueron clínicamente relevantes. El comienzo del CP fue más tardío en las multigestas. Conclusiones: El CP, como se realiza actualmente, presenta graves deficiencias a partir de fallas estructurales en la cobertura, precocidad y periodicidad. Se sugiere la revisión y el análisis de estos magros resultados a través del diseño de estudios con participación de las embarazadas y profesionales de la salud, con el objeto de mejorar la salud materno-infantil (AU). (12)

CAMPO LOCAL

No se encontraron estudios

(12) Pariguana J. Título: Factores de riesgo de la hemorragia Post Parto Inmediato. Estudio Caso - Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique durante el periodo de Abril – Octubre del 2013

2.2. BASES TEÓRICAS

EPIDEMIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

Epidemiología

La Hemorragia del tercer trimestre de la gestación y la de posparto son la principal causa de muerte materna en países en vías de desarrollo o subdesarrollados. La OMS estima aproximadamente 529.000 muertes maternas anuales, de estas 60% son por hemorragias del tercer trimestre y postparto y de estas el 45% ocurre en las primeras 24 horas postparto.

Es importante destacar que el riesgo absoluto de muerte por estas hemorragias es mucho menor en los países ricos que los países pobres (1 \ 100 000 vs. 100 \ 100 000 en países pobres). Esto quizá se deba en parte por la calidad de los servicios de atención con los que cuentan los países desarrollados y es por ello que la mayoría de estas se produce, en países en vías de desarrollo, por la deficiencia de los servicios de salud.

- La hemorragia de origen obstétrico es la causa más frecuente de atención médica entre las urgencias obstétricas.
- Cada año ocurren 166 000 muertes maternas por hemorragia (25% de la mortalidad materna a escala mundial).
- Se plantea que 90 % de estas muertes son evitables.
- Recientemente se ha señalado que 14 000 000 de mujeres en el embarazo y en el parto presentan hemorragia que ponen en peligro sus vidas, 70 % de estas ocurren en las primeras 4 horas.
- Entre 70 y 75 % de la mortalidad materna por hemorragia se presenta en el posparto.
- Según se plantea en la bibliografía médica, en 6 - 8 % de los embarazos y partos, incluyendo la cesárea, ocurre una hemorragia significativa; de 2-3 % en el período anteparto y de 4-5 % en el posparto.
- La mayoría de las publicaciones concluyen que los casos de hemorragia posparto (HPP), son frecuentemente fenómenos evitables, de manera que la ausencia de profilaxis y el diagnóstico

tardío por subvaloración de las pérdidas constituyen las 2 causas fundamentales de este fenómeno.

- Existen factores de riesgo asociados a la hemorragia, pero dos terceras partes de las pacientes con HPP no presentan factores de riesgo.⁽¹³⁾

DEFINICIÓN

Se define la hemorragia obstétrica grave como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con alguno de los siguientes criterios: Pérdida de 25 % de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, cambios hemodinámicos o pérdida superior a los 150 mL/minuto. La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea mayor de 500 mL posterior a un parto vaginal o la pérdida superior a 1000 mL posterior a una cesárea.

También se ha definido como la disminución de 10 % del nivel de hematocrito. Se considera como primaria si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y se reporta como causa principal la atonía uterina (80 % de los casos).⁽¹⁴⁾

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO QUE PROTEGEN A LAS GESTANTES DE LAS PÉRDIDAS SANGUÍNEAS

En esta etapa se producen cambios hematológicos, circulatorios, de la coagulación y las plaquetas, así como en el sistema fibrinolítico, que protegen contra las hemorragias en el periparto. A continuación solo se describen los elementales en este proceso.

Durante el embarazo se incrementa el volumen sanguíneo en la madre. Los estudios realizados demuestran que al término de la gestación el aumento es de 40 a 45% en relación con mujeres no embarazadas; sin embargo, se ha considerado dentro de este rango una variación individual, puesto que, en algunas mujeres, puede casi duplicar la volemia.

(13) - Arena JM. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) 2013

(14) - Aristóbulo Astorga A. Hemorragias del tercer trimestre 2012.

Este volumen comienza a ascender en el primer trimestre del embarazo, se acentúa más en el segundo, de forma más lenta en el tercero y es menos perceptible en las últimas semanas.

Con estas modificaciones se ha demostrado un aumento del volumen plasmático hasta de 50 % y un aumento casi paralelo de las células sanguíneas, próximo a 35-40 %, lo cual evita la hemodilución descrita por algunos autores y no aceptada en la actualidad, siempre que las reservas sean adecuadas para que estos cambios se lleven a cabo.

Adicionalmente se ha señalado un incremento de la frecuencia cardíaca de 10 latidos por minuto en reposo, con el consiguiente aumento de casi 50 % del gasto cardíaco en reposo, comparado con la no gestante; también se asocia una disminución de la resistencia vascular sistémica, debido a factores hormonales, básicamente progesterona y metabolitos de la prostaglandinas, que ocasionan una disminución del tono vasomotor global y al desarrollo de derivaciones arteriovenosas en la placenta durante el primer y segundo trimestres del embarazo.

- Por tanto, ubicar este evento basándose solo en los factores de riesgo, puede ser desorientador, por lo cual los médicos deben estar preparados para la eventualidad de esta emergencia y sus posibles complicaciones, en todos los partos.

LA HIPERVOLEMIA QUE ACOMPAÑA LA GESTACIÓN TIENE DIVERSAS FUNCIONES:

- ✓ Responder a las demandas de un útero agrandado con aumento del diámetro en su sistema vascular y con un mecanismo de fístula arteriovenosa para facilitar los intercambios entre el feto y la madre.
- ✓ Previene en la madre alteraciones hemodinámicas que se presentan en el decúbito supino, básicamente por compromiso del retorno venoso, dado por compresión de la vena cava.
- ✓ Es un mecanismo protector de la madre que compensa las pérdidas sanguíneas durante el parto.
- ✓ Durante el embarazo se ha observado un aumento progresivo de los factores de la coagulación, así mismo, la sangre se describe

como hipercoagulación, debido al aumento de los factores de la coagulación.

- ✓ Al final de la gestación, el flujo sanguíneo útero placentario es de 700 mL por minuto aproximadamente, debido a que una parte importante del gasto cardíaco materno va hacia la placenta. Se calcula que una embarazada está protegida para sangrar entre 500–1 000 mL, en dependencia del tipo de parto, lo cual se relaciona con todos los mecanismos explicados que permiten el conocimiento adecuado para establecer pautas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento temprano de la pérdida de sangre en el período grávido puerperal.⁽¹⁵⁾

PÉRDIDAS SANGUÍNEAS CALCULADAS EN LAS DIFERENTES FORMAS DE PARTO Y PROCEDERES QUIRÚRGICOS:

- ✓ Parto normal: 400–600 mL
- ✓ Parto por cesárea: 700–1000 mL
- ✓ Cesárea + histerectomía electiva: 1 500-2 000 mL
- ✓ Cesárea + histerectomía de urgencia: 3 000 mL

HEMORRAGIA POSPARTO

- ✓ Sangrado posparto con cambios hemodinámicos que pueden recibir transfusión o no.
- ✓ Caída del hematocrito en 10 % o más, en relación con el valor de ingreso

LA HEMORRAGIA POSPARTO SE CODIFICA SEGÚN SU APARICIÓN DE LA MANERA SIGUIENTE:

- ✓ Hemorragia en el tercer período del parto (retención placentaria).
- ✓ Hemorragia posparto inmediata 24 horas (atonía uterina).
- ✓ Hemorragia posparto mediata 24–72 horas (retención de tejido placentario).

(15) - Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia del segundo y tercer trimestre de la gestación y puerperio inmediato. Evidencias y recomendaciones 2009.

- ✓ Hemorragia tardía más de 72 horas hasta 45 días.
- ✓ Hemorragia obstétrica mayor (HOM): Cualquier sangrado independiente de la edad gestacional, vía del parto, uso de transfusión, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda.
- ✓ Otros la conceptúan en: Cualquier pérdida de sangre que ocurra en el periparto y puerperio, visible u oculta, que ponga en peligro la vida de la paciente. Teniendo en cuenta que su alcance básico está dado por la presencia de hipoperfusión periférica y el riesgo para la vida del paciente y que en este medio se trabaja con la clasificación de las hemorragias según su intensidad en: moderada, con pérdida de 20 % del volumen; severa, de 25-40 % y masiva, más de 40%, considero deberá incluirse como HOM a las formas severa y masiva.⁽¹⁶⁾

GUÍAS PRÁCTICAS PARA ORIENTARSE ANTE UNA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

a) Período anteparto e intraparto: Tener en cuenta los siguientes síntomas y signos: dolor, hemorragia y alteraciones del tono uterino.

- ✓ La existencia de sufrimiento fetal severo con sangrado de inicio brusco al momento de romperse las membranas. Diagnóstico: vasa previa.
- ✓ Sangrado indoloro o dolor que solo se presenta con la contracción. Diagnóstico: placenta previa.
- ✓ Sangrado asociado a dolor abdominal y aumento del tono uterino. Diagnóstico: hematoma retroplacentario.
- ✓ Sangrado externo y/o interno con dolor intenso y disociación entre la clínica y las pérdidas. Diagnóstico: rotura uterina.

Una consideración que caracteriza la hemorragia anteparto e intraparto es que en ella el clínico se orienta muy rápido hacia la intervención quirúrgica. Todas se resuelven con tratamiento quirúrgico y existe la necesidad de entregar un niño en buen estado.

(16) - Cubides Amezcuita J. Hemorragia del tercer trimestre. YOPAL2012.

b) Período posparto: Después de la salida del feto se tendrá como referencia la remoción placentaria.

- ✓ Si la placenta no fue expulsada y no aparece zona de clivaje: acretismo placentario.
- ✓ Cuando se presenta expulsión incompleta de la placenta y sus anexos: restos ovulares.
- ✓ Si la placenta fue expulsada de forma completa, evaluar consistencia y tamaño del útero. Si útero se encuentra involucionado y atónico: atonía uterina.
- ✓ Placenta expulsada, útero contraído y firme: solución de continuidad
- ✓ Identificación del fondo de útero en vagina después de expulsada la placenta, acompañado de dolor y sangrado: inversión uterina.
- ✓ Persistencia de signos de hipovolemia sin visualizar hemorragia o no existe correspondencia con las pérdidas: hemorragia oculta. Esta puede localizarse en retroperitoneo, ligamento ancho, hematomas del suelo pélvico y tabique rectovaginal.

Una consideración que caracteriza la hemorragia posparto es que algunas de ellas pueden tener solución con tratamiento médico, en ocasiones puede crearse el dilema de cuándo termina la espera para tomar la decisión quirúrgica. La orientación diagnóstica suele tornarse más difícil.

Después del parto y la obtención de un recién nacido vigoroso, se puede crear la falsa confiabilidad de un parto exitoso y demorarse la toma de decisiones. Ante una solución de continuidad del tracto genital bajo, hay que pensar en la posibilidad de una rotura uterina concomitante. Otra modalidad de orientación diagnóstica. (17)

17) - Williams J. Cuidado crítico en Obstetricia 2009.

EVALUACIÓN DE LAS “T” ANTEPARTO E INTRAPARTO

- **TONO:** En estos casos la alteración del tono uterino se presenta por aumento, con sus diferentes categorías: leve, moderado y severo, que deben orientar al obstetra encaso de hemorragia, hacia el diagnóstico de hematoma retroplacentario.
- **TEJIDO:** Aquí se introduce el concepto de Megalhae, cuando definió como trofoblasto invertido la ubicación de la placenta por delante del feto. Diagnóstico: placenta previa.
- **TRAUMA:** Trabajo de parto obstruido y tumores uterinos, se relacionan con las diferentes formas de producción de la rotura uterina. Los traumas pueden presentarse anteparto en accidentes y versión externa e intraparto con las instrumentaciones, este último proceder se relaciona con la rotura uterina pasiva. El trabajo de parto obstruido con la rotura uterina activa y los tumores con la rotura espontánea.
- **TROMBINA:** Es un diagnóstico de descarte se debe continuar con oxitocina y masaje uterino bi-manual, ubica al clínico generalmente ante un trastorno de la coagulación.

EVALUACIÓN DE LAS “T” POSPARTO

- **TONO:** “Atonía”: Se debe evaluar el tono y tamaño del útero después del parto el tono uterino puede verse afectado al presentar alteraciones por la pérdida de este, la falta de contracciones uterinas eficientes es la primera causa de hemorragia posparto masiva, la cual representa 70% de los sangrados en este período.
- **TEJIDO:** “Retención de tejidos”: Revisar que la placenta y las membranas estén completas ante la duda, generalmente acompaña a las retenciones de placenta, cotiledones y membranas ovulares. Causa de hemorragia posparto, con frecuencia de 10 %.

- **TRAUMA:** Ocurre como causa de hemorragia posparto con frecuencia de 20 %, dado por soluciones de continuidad de cérvix, vagina y periné, rotura e inversión uterina.
- **TROMBINA:** “Alteraciones de la trombina”: Se presenta en 1 % y aparece en determinados eventos que pueden causar coagulación intravascular diseminada (CID), generalmente por el paso de tromboplastina tisular a la circulación materna, suele presentarse como manifestaciones agudas, sub agudas y crónicas. También puede aparecer preeclampsia, síndrome de HELLP, embolismo del líquido amniótico, así como afecciones de la coagulación preexistentes que se descompensen en esta etapa. Descartar en esta etapa las roturas uterinas producidas en el período anteparto e intraparto que no hayan sido diagnosticadas. (18)

CONSIDERACIONES FISIOPATOLÓGICAS BÁSICAS

Resulta básico conocer algunos elementos en la fisiopatología de la hemorragia, que ayuden a entender su relación con la aparición de síntomas y signos precoces, la hemodinámica y que permitan comprender la secuencia en la toma de decisiones.

Primeramente hay que recordar que el corazón es considerado un sistema de bomba que trabaja en un circuito cerrado y por su efecto contráctil el contenido de sangre es vaciado en el circuito de altas presiones, que constituye el sistema arterial o de alta resistencia regulado por el efecto contráctil de las arteriolas. Este flujo luego pasará al circuito de bajas presiones y gran adaptabilidad sector venoso o de capacitancia. De esto se infiere que el volumen de sangre que el corazón expelle en el gasto, debe ser igual al volumen de llegada de sangre a este, lo cual constituye lo que se conoce como suficiencia circulatoria. Las alteraciones de cualquiera de sus componentes determinará lo contrario, la aparición de insuficiencia circulatoria que expresa la presencia de shock.

(18) - Ramirez J. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. 2009

Se conoce cuando se produce una pérdida de 10 % del volumen total de sangre se activa un grupo de mecanismos compensadores que van a mantener el gasto cardíaco, a pesar de la disminución de la presión de llenado y del volumen sistólico.

La aparición de vasoconstricción arteriolar precapilar como consecuencia del aumento de la actividad simpática, asociado a la reducción de la presión hidrostática en los capilares, van a ser los mecanismos que determinan el paso de líquido del intersticio al espacio intravascular. Por otro lado, la constricción del medio intravascular por pérdida de volumen, activa el sistema renina-angiotensina aldosterona que responderá con la entrada de agua y sodio.

Se señalan, además, mecanismos hormonales con descarga de corticotropina y somatotropina que estimulan la presencia de leucocitosis, eosinopenia, aumento de actividad de fagocitosis, gluconeogénesis y retención de sodio.

Hasta aquí puede concluirse que estas regulaciones del organismo, además del aumento de la volemia en las gestantes a término, pueden mantener la tensión arterial en rango de aparente normalidad; sin embargo, es necesario conocer que los únicos elementos que expresan hipovolemia precoz son la hipotensión ortostática y la bradicardia durante la inspiración. Por tal motivo, el reconocimiento de estos signos muy precoces ayuda a la intervención temprana.

DIAGNÓSTICO PRECOZ (SIGNOS CLÍNICOS)

Cuando se realiza el diagnóstico en esta etapa se asegura la intervención temprana que reduce las complicaciones que ponen en peligro a la madre. Los elementos detallados, con anterioridad en la fisiopatología, permiten la comprensión de la aparición de cada uno de los signos y síntomas precoces, a esta etapa del diagnóstico solo se llega con el reconocimiento adecuado de estos y la vigilancia personalizada del paciente.

SIGNOS MUY PRECOCES O SUBCLÍNICOS

- Disminución de la intensidad del pulso en la inspiración
- Test de hipotensión ortostática

Signos precoces

- Taquicardia
- Palidez, sudoración y frialdad
- Disminución de la presión del pulso
- Lentificación capilar
- Gradiente distal

Signos tardíos

- Hipotensión arterial (menos de 90/60 mm de Hg)
- Oligoanuria (menos de 30 mL/ hora o de 0,5 mL/kg/hora)
- Acidosis metabólica (pH menor de 7,25)
- Alteraciones del estado de vigilia

Signos de letalidad

- Hipotermia
- Trastorno de la coagulación
- Acidosis metabólica

¿CÓMO LLEGAR AL DIAGNÓSTICO DE LAS HEMORRAGIAS POSPARTO?

Es muy discutida la posibilidad de diagnosticar precozmente por los signos clínicos o si realmente es importante la cuantificación y pesaje de las pérdidas.

1. El consenso europeo de 14 países en relación con la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, considera que la evaluación de las pérdidas sanguíneas son inciertas y que frecuentemente las acciones son tomadas teniendo en cuenta signos maternos como la hipotensión arterial, más que sobre la pérdida de sangre estimada.

2. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) en el 2010, en un estudio de 331 puérperas señaló que en el diagnóstico de las pérdidas sanguíneas se produce una subvaloración.

Método de valoración de las pérdidas de sangre

- a) Evaluación visual
- b) Mensuración de las pérdidas (pesaje o medición en mililitros)

Con el método se estimó un rango de equivocación que oscila entre 27– 42 % y concluye que existe insuficiente evidencia que recomiende la evaluación cuantificable de las pérdidas.

Recomienda como evidencia de buenas prácticas médicas:

- a) El seguimiento individualizado de la paciente normovolémica
- b) Identificación precoz de los signos de hipovolemia

3. A juicio del autor, la medición de las pérdidas de sangre es un proceder confiable cuando se sistematiza habitualmente su cuantificación en la atención al parto normal, lo cual crea el entrenamiento adecuado para medir con exactitud cuándo se presentan las pérdidas anormales. Asimismo, es de gran importancia la vigilancia personalizada del paciente para la detección precoz de los signos de choque. Ambos procedimientos se complementan.
4. Es preciso recordar que la hemorragia obstétrica mayor (HOM) puede estar presente y la mujer mostrar pocos signos de hipovolemia, por los cambios fisiológicos del embarazo.
5. El reconocimiento precoz, tratamiento oportuno, eficaz y multidisciplinario de la HOM reduce de forma significativa el número de muertes maternas.

ATONÍA UTERINA

Entidad clínica a la que se dedican comentarios específicos por su importancia. Se presenta en 3- 5 % de los partos y constituye de 70-75% de las hemorragias posparto. Se identifica como la falta de contractilidad del útero, con la aparición de hemorragia no actúan las ligaduras vivientes de Pinard, se plantea que por el útero atónico pueden perderse entre 2 500–3 000 mL de sangre en 5 minutos, lo que equivale a una pérdida aproximada de 500–600 mL por minuto e, incluso, perderse el volumen total en 10 minutos.

Sus causas son múltiples y en base a ellas pueden clasificarse en primarias y secundarias.

- I. **Atonía primaria:** Recientemente los estudios señalan que se debe a una vasculopatía con proliferación de células de la musculatura lisa vascular hacia la íntima, con obliteración del vaso y producción de ácido hialurónico, el cual produce edema de la pared del órgano y consecuentemente, alteración de la contractilidad. La importancia de identificarla es que responde mejor al tratamiento médico.
- II. **La atonía secundaria:** Se debe a la presencia de sobre distensión, donde la longitud de onda de la fibra muscular es sumamente extensa, dada por tumores, feto macrosómico, embarazo múltiple y agotamiento de la fibra muscular en el curso del trabajo de parto disfuncional, entre otras causas, esta forma de atonía es más resistente al tratamiento con drogas uterotónicas, por lo que debe tenerse en cuenta que si la respuesta a la terapia médica inicial no es inmediata hay que recurrir tempranamente a la cirugía.

TRATAMIENTO

- **PREVENTIVO:** Se impone recordar que las dos terceras partes de las pacientes con HPP no tienen factores de riesgo, lo que implica que cualquier parturienta puede presentar este evento, por lo que

se debe estar preparado para ello en todas las gestantes. Es importante que cada paciente llegue al parto con de 10 g/L o más de hemoglobina, realizar el cálculo de la volemia y clasificar grupo y factor con la disponibilidad de glóbulos y hemoderivados, según necesidades, así como cumplir con los protocolos establecidos de atención al parto.

En más de 70 estudios bien estructurados, el alumbramiento activo se reconoce como la medida preventiva más eficaz. De acuerdo con las evidencias disponibles, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), consideran que el alumbramiento activo reduce la hemorragia y el empleo de transfusiones. Los componentes más importantes son el uso de uterotónicos, la tracción controlada del cordón y el masaje uterino.

SEGÚN LA EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD SE ORDENAN EN:

- Beneficiosa: tratamiento activo del alumbramiento con oxitocina
- Probablemente beneficiosa: tracción controlada del cordón umbilical.
- Igualdad en la relación riesgo-beneficio: Ergotínicos, prostaglandina oral e inyectable.
- Una vez identificado el cuadro de hemorragia, deberá actuarse siempre pensando en que el paso de la aparente hemorragia al estado de shock hipovolémico es prácticamente imperceptible en muchos casos.
- La actuación rápida e integrada puede conducirse por medio de la palabra inglesa ORDER, a la que para completar las acciones integradas en la atención a las pacientes con hemorragia se le transforma en **CORDER** (Canalizar 2 venas con trocar, Oxigenar, Drogas, Evaluar, Resolver el problema básico, Restituir el volumen circulatorio)
 - **Canalizar 2 venas con trocar:** Constituye una medida mandataria que permitirá comenzar la resucitación inicial con fluidos. Actualmente, la canalización venosa profunda

queda indicada ante la presencia de colapso vascular y por un personal entrenado para evitar accidentes fatales.

- **Oxigenar:** Es elemental, ya que la principal causa de muerte cuando se instala el estado de choque es el intercambio respiratorio insuficiente. De hecho, la duración de la hipoxia tisular es importante, pues conlleva a la acumulación de subproductos dañinos del metabolismo anaerobio, por lo que administrar oxígeno a razón de 4–5L/min es una prioridad. Por otro lado, al aumentar la presión parcial de oxígeno en sangre materna, se eleva la cantidad que llega también a los tejidos fetales cuando todavía no se ha producido el parto. Cuando el estado clínico, gasométrico y radiográfico del paciente lo requiera, se indicará la intubación endotraqueal con la ventilación mecánica.

- **Restituir el volumen circulatorio:** Hay que recordar los elementos de la fisiopatología que guían la reposición de volumen, por ejemplo:

En las primeras etapas de la hemorragia, cuando todavía no hay manifestaciones clínicas evidentes de estado de shock, hay paso de líquido del espacio intersticial al capilar; no obstante, cuando el cuadro avanza se establece un daño del endotelio capilar, dado por un aumento de la permeabilidad que conlleva a una mayor pérdida del volumen intravascular. Esto se va a reflejar por el volumen desproporcionado de líquidos que se requiere para reanimar a un paciente en estas circunstancias.

En los casos de choque hipovolémico prolongado también pasa líquido del intersticio a la célula, con entrada de sodio y cloro, lo que deprime aún más el volumen del espacio intersticial. Estas son las razones para considerar la administración de líquido y electrolitos con la utilización de cristaloides para reanimar el intersticio, lo cual es el objetivo terapéutico primario de la reanimación inicial. (19)

ABRUPTIO PLACENTAE

Definición: Se define como la separación prematura de la placenta normoinserta de la pared uterina (decidua basalis), en forma parcial o completa, antes del nacimiento del feto. Este fenómeno también recibe el nombre de ablatio placentae o hemorragia accidental, para diferenciarlo de la hemorragia producida por las placentas previa y marginal (anormalmente insertadas).

Epidemiología

El abrupcio de placenta es la principal causa de hemorragia anteparto (30-35%). Se presenta en 0,4 a 1,3% de todos los embarazos y un riesgo asociado de muerte perinatal de 10 a 30%. Aproximadamente el 50% de los casos de Abruptio placentae ocurren antes de las 36 semanas de gestación, traduciéndose en peores resultados fetales por la prematurez, cerca de la mitad de muertes perinatales ocurren in útero.⁽²⁰⁾

Fisiopatología

La causa precisa de abrupcio no se conoce. El Abruptio placentae inicia con la aparición de hemorragia dentro de la decidua basalis, formación de hematoma, incremento de la presión hidrostática y finalmente separación de la placenta subyacente. El hematoma puede ser pequeño y autolimitado, sin mayores consecuencias para el embarazo, o progresar hasta disecar las capas deciduales. Una vez se inicia el desprendimiento de la placenta las fibras miométricas, como en el alumbramiento normal, se contraen para intentar controlar la hemorragia, pero la presencia de las partes fetales impide la hemostasia y acentúa el desprendimiento, produciendo dolor intenso, hipertensión y taquisistolia, que empeoran la hipoxia fetal.

(19) - Hemorragia obstétrica en el periparto, procedimientos diagnóstico y terapéutico en obstetricia y perinatología. 2010

(20) -Tikkanen M. Presentación Clínica y los Factores de Riesgo de Abruption Placentaria Acta de Obstetricia y Ginecología 2009

Como la placenta se separa, la suplencia de oxígeno hacia el feto se interrumpe rápidamente, se produce hipoxemia, acidosis y, en casos extremos, muerte fetal. En la madre los principales problemas reportados son falla renal por choque hipovolémico, coagulopatía de consumo y trombocitopenia. El coágulo retroplacentario desencadena la formación de productos de degradación de fibrina y Dímero-D que se depositan en los vasos pequeños de los diferentes órganos y sistemas causando isquemia. La hipoxia tisular asociada a la hemólisis microangiopática produce la mayoría de complicaciones de la coagulación intravascular diseminada, tales como falla renal, hipoperfusión pulmonar, hemorragia posparto, necrosis pituitaria posparto y diátesis hemorrágica. Se han propuesto dos mecanismos potenciales para el Abruption placentae, uno relacionado con inflamación aguda y otro con inflamación crónica o secundaria a disfunción vascular.

Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que se han asociado con el abrupcio placentario en forma significativa.

- Si ambos padres fuman, el riesgo de abrupcio placentario es de 4,8 (IC 95% 2,2-10). El mecanismo propuesto es por reducción del flujo sanguíneo en la unidad feto-placentaria y alteración en la producción de prostaciclina secundario a necrosis decidual de los márgenes de la placenta, microinfartos placentarios, cambios fibrinoides o ateromatosos y presencia de hipovascularidad con atrofia de las vellosidades placentarias.
- El riesgo de abrupcio aumenta más de 2 veces en pacientes con hipertensión crónica (RR 2,4; IC 95% 2,3-2,5), se aumenta 4 veces si además se asocia a restricción de crecimiento intrauterino (RR 3,8; IC 95% 3,6-4,1), casi 8 veces cuando se asocia a hipertensión inducida por el embarazo (RR 7,7; IC 95% 6,6-8,9) y, cuando se encuentran las tres entidades (hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo y restricción del crecimiento intrauterino) el riesgo se aumenta 9 veces (RR 9,0; IC 95% 7,2-11,3) (10). Los casos más graves de abrupcio que

comprometen la vida fetal se relacionan con hipertensión (crónica o inducida por el embarazo) hasta en el 50% de los casos. Sin embargo, la gravedad de la preeclampsia no se relaciona con la incidencia de abruptio.⁽²¹⁾

- Las mujeres con antecedente de pérdida fetal en el segundo trimestre, y aquellas que sufren pérdidas fetales repetidas, tienen un riesgo 3 veces mayor de Abruptio placentae. Otros factores que se asocian con elevación del riesgo hasta en 3 veces son: restricción del crecimiento intrauterino, historia familiar de tromboembolismo venoso y embarazo múltiple (5,9-6,5 por 1.000 partos simples frente a 12,2 por 1.000 partos múltiples). Se ha hallado una relación significativa entre las gestantes mayores (mayor que 40 años), siendo más común en gestantes multíparas mayores. La operación cesárea aumenta el riesgo de Abruptio placentae en la segunda gestación hasta en un 40%.⁽²²⁾

Presentación clínica

En casos leves el abruptio puede pasar desapercibido, se presenta con la sintomatología de una parto pretérmino y suele diagnosticarse retrospectivamente, después del parto, durante el examen de la placenta.

En casos moderados a severos el dolor uterino asociado a sangrado vaginal y la actividad uterina con hipersensibilidad, son las características cardinales. Es importante tener en cuenta que la cantidad desangrado vaginal no refleja la hemorragia real, pues si el hematoma no alcanza el margen de la placenta y del cérvix el sangrado permanece oculto en forma parcial o total y no es visto por vía vaginal (20 a 30% de las pacientes); si diseca en dirección a la vagina se manifiesta con hemorragia externa importante; si diseca la decidua y las membranas fetales hacia el saco amniótico, produce una coloración característica en vino Oporto, en el líquido amniótico.

(21) - Malvino E, Mc Loughlin D. Hemorragias obstétricas graves en el período del parto. En: Lecciones de medicina crítica, 2001

(22) - Sevilla Z. Factores de riesgo para hemorragia postparto inmediato. 2010

Finalmente, se infiltra el miometrio y la serosa, en casos de sangrados mayores de 500cc lleva a la formación del útero de Couvelaire, caracterizado por inercia uterina y apoplejía útero-placentaria. Según el grado de desprendimiento placentario, se evidenciaran signos de hipovolemia tales como: taquicardia, palidez mucocutánea, hipotensión. En casos de separación placentaria severa el útero está duro, doloroso a la palpación, es difícil de palpar las partes fetales, y puede asociarse a CID. (23)

Clasificación

Existen dos sistemas de clasificación del abrupcio placentario: el primero hace referencia a la localización del desprendimiento y el segundo al grado de separación.

SEGÚN LA LOCALIZACIÓN, EL ABRUPTIO PUEDE SER:

- Central: En el cual el centro de la placenta se separa, la sangre queda atrapada entre la placenta y la pared uterina y generalmente no se presenta sangrado vaginal. En casos severos la sangre invade el tejido miometrial entre las fibras musculares, produce hipertonia uterina, se asocia a gran dolor abdominal y aumento del diámetro abdominal.
- Marginal: Cuando el sangrado pasa a la vagina. La paciente puede tener dolor uterino y el sangrado es a menudo más oscuro que el de la placenta previa.
- Completo: Es el tipo más serio; la placenta se separa totalmente de la pared uterina y produce sangrado vaginal masivo.

Según el grado, el abrupcio puede ser:

- Grado I (leve): Desprendimiento del 10 al 30% de la superficie placentaria. La paciente tiene actividad uterina, sangrado y dolor uterino leve. El feto y la madre permanecen estables. El volumen de sangrado es de hasta 150 cc.

(23) -Rivera San Pedro M. Hemorragia obstétrica y Choque hipovolémico 2010.

• Grado II (moderado): Desprendimiento del 30 al 50% de la superficie placentaria. La mujer tiene dolor uterino y sangrado vaginal, permanece estable, pero se empieza a evidenciar estado fetal insatisfactorio (92% de los casos). El volumen de sangrado perdido es de 150 a 500 cc.

• Grado III (severo): Desprendimiento de más del 50% de la superficie placentaria. La madre presenta tetania uterina, con signos de hipovolemia, el feto está muerto. Este grupo se puede subdividir en dos:

- Grado III (A): con coagulación intravascular diseminada.
- Grado III (B): sin coagulación intravascular diseminada

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y se confirma con la evaluación de la placenta luego del parto.

El valor de la ecografía en las pacientes con abrupcio es limitado por su baja sensibilidad (50%). En la fase aguda el área de desprendimiento no se puede diferenciar fácilmente de la placenta; sin embargo, puede verse hiperecoica, pasando a ser hipoecoica luego de varios días; además estos hallazgos ecográficos son similares en apariencia a las contracciones uterinas, los miomas o los plexos vasculares. El manejo de las pacientes con sospecha de abrupcio nunca debe ser retrasado en espera de la ecografía, pues ésta solamente detecta el 20% de los casos y es común encontrar ecografías normales en pacientes con abrupcio clínicamente significativas.

La alteración de las arterias uterinas en la mitad del embarazo (muesca diastólica) es el único test de tamizaje con alguna eficacia para la predicción de abrupcio. Sin embargo, tiene utilidades clínicas limitada debido a la baja prevalencia de abrupcio y a la alta tasa de falsos positivos.

TRATAMIENTO

Una vez el diagnóstico de abrupcio placentario es sospechado, debe establecerse prioritariamente el estado de hipovolemia en la madre y el bienestar fetal. El manejo de cada paciente es individualizado,

dependiendo de la edad gestacional y el grado de desprendimiento placentario.

Medidas generales. Todas las pacientes deben ser hospitalizadas para control estricto de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y diuresis; canalizar dos accesos venosos, reservar dos unidades de glóbulos rojos, tomar muestras para cuadro hemático, hemoclasificación, y determinar si existe coagulación intravascular diseminada.

Teniendo en cuenta el grado de desprendimiento y la edad gestacional, se puede optar por manejo expectante, cesárea inmediata o ruptura de membranas y parto vaginal.

- Abruptio leve. El sangrado puede parar y resolver los síntomas gradualmente, sin compromiso materno-fetal. Si la gestación es menor de 34 semanas la paciente puede recibir tocólisis, aplicación de corticoides para maduración pulmonar y valoración materno-fetal estricta. Según los síntomas, la paciente puede ser seguida ambulatoriamente, y si está cerca al término, podría realizársele amniotomía y uso de oxitocina si es necesario para intentar parto por vía vaginal.
- Abruptio moderado o severo. El manejo en estos casos requiere ser individualizado y planear en forma rápida el parto. Se debe intentar parto vaginal siempre que la unidad materno-fetal lo soporte, con control estricto de la frecuencia cardíaca fetal y corrección de los trastornos de la coagulación y del choque hipovolémico. Si se evidencia compromiso del estado fetal o existe deterioro rápido de la condición materna, hay que realizar cesárea. (24)

(24) Herrera R. Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo. Guía de práctica clínica 2012.

PLACENTA PREVIA

Definición: Es definida como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, traslapando o aproximándose al orificio cervical interno por delante del polo fetal.

Epidemiología

Se presenta en 2,8 a 4 por cada 1.000 embarazos simples y 3,9 por cada 1.000 embarazos gemelares.

Fisiopatología

La placenta previa es ocasionada por la implantación del blastocisto en el segmento uterino inferior. Aunque el motivo de por qué la implantación ocurre a este nivel no es bien conocido, la fuerte asociación con multiparidad, cesárea anterior y curetaje previo, sugieren daño endometrial como principal causa. El blastocito busca implantarse en el mejor sitio que supla sus necesidades, haciéndolo en el segmento uterino inferior.

Presentación clínica

Se caracteriza por la presencia de sangrado indoloro, rojo rutilante, episódico, en ausencia de actividad uterina y dolor. El sangrado vaginal en los primeros episodios suele ser autolimitado, con eventos desangrados posteriores de mayor intensidad. La cantidad de sangrado depende del tipo de placenta previa. Sin embargo, el sangrado anteparto puede estar ausente hasta en el 35 al 40% de los casos.

En esta entidad no se presenta hemorragia oculta como en el abruptio de placenta, por lo que el sangrado evidenciado en forma subjetiva es el que está presentando la paciente, el feto en esta entidad se halla relativamente protegido debido a que el sangrado, a menos que se asocie a vasa previa o abruptio placentae, es exclusivamente de origen materno. La placenta previa se asocia a presentaciones anómalas (pelvis o transversa) hasta en una tercera parte de los casos. (25)

(25) - Instituto Clínica de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Anomalías placentarias (placenta previa, placenta acreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre. 2013

Clasificación

Tradicionalmente la placenta previa se ha dividido en cuatro tipos o grados.

- **Grado I (placenta previa lateral o inserción baja):** la placenta invade el segmento uterino inferior y se encuentra a máximo 5 cm del orificio cervical interno, pero no lo alcanza.
- **Grado II (placenta previa marginal):** el borde de la placenta llega justo al borde del orificio cervical interno, pero no lo cubre.
- **Grado III (placenta previa parcial):** la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.
- **Grado IV (placenta previa central total):** la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno.

Esta clasificación, basada originalmente en la palpación digital a través del cérvix, es de difícil uso en la práctica clínica. Actualmente el diagnóstico de placenta previa se hace en mujeres asintomáticas a quienes en una ecografía de rutina se les encuentra una inserción baja de la placenta, de tal forma que el examen digital está proscrito.

La nueva clasificación de localización placentaria basada en la ecografía transvaginal es la siguiente:

- Placenta situada normalmente: la placenta se encuentra insertada a una distancia de 3,5 cm del orificio cervical interno en un embarazo a término.
- Placenta baja: la placenta se halla de 2 a 3,5 cm del orificio cervical interno, en una gestación a término.
- Placenta previa: la placenta está a menos de 2 cm del orificio cervical interno, en una gestación a término. La placenta puede sobrepasar el orificio cervical interno.

Diagnóstico

Clásicamente la placenta previa se presenta con sangrado vaginal sin dolor. El tacto vaginal, rectal, o la especuloscopia, están contraindicados por el riesgo de desencadenar sangrado masivo.

La ecografía transvaginal se ha establecido como el gold estándar para determinar la localización exacta de la placenta y es segura aun cuando exista sangrado vaginal activo; tiene una sensibilidad del 87,5%, especificidad del 98,8%, valor predictivo positivo de 93,3% y valor predictivo negativo del 97,6%. No se recomienda la ecografía abdominal, pues tiene una tasa de falsos positivos de 25%, explicado porque existe pobre visualización de las placentas de localización posterior, la cabeza fetal interfiere en la visualización del segmento uterino inferior y la obesidad y la vejiga muy llena o desocupada pueden interferir con la precisión del diagnóstico; un 60% de las mujeres a quienes se les realiza ecografía transabdominal requieren de posterior reclasificación con ecografía transvaginal.⁽²⁶⁾

El diagnóstico de placenta previa se sospecha, aun sin presentar síntomas, durante la evaluación ecográfica de rutina entre las 20 a 24 semanas de gestación. A estas pacientes se les debe enviar a ecografía transvaginal para valorar la relación de la placenta con respecto al orificio cervical interno e informarlas acerca de la posibilidad de “migración placentaria”.

La “MIGRACIÓN PLACENTARIA” es un término aplicado para describir el desplazamiento de la placenta, en relación con el cérvix, desde una implantación baja o previa a una posición superior del útero, documentada por ecografía. Se ha encontrado que la migración placentaria no es realmente que la placenta se mueva, sino un proceso que podría involucrar degeneración periférica secundaria a disminución en la vascularización, con crecimiento preferencial hacia las áreas óptimamente perfundidas o un crecimiento más rápido del segmento uterino inferior en relación con el resto del cuerpo uterino. Aproximadamente el 25% de las placentas son bajas a las 20 semanas de gestación, y sólo un 3% lo son al término. La migración placentaria es menos frecuente cuando la placenta es posterior o existe cesárea previa.

(26) - Oppenheimer L. Diagnóstico y manejo de la placenta previa. Obstetricia y Ginecología 2009.

En estudios retrospectivos se ha documentado que el 58% de las placentas previas completas y el 92,5% de las placentas previas marginales, migran; y que la persistencia de placenta previa en pacientes sin antecedentes de cesárea es del 11%, y del 50% cuando tiene antecedentes de cesárea.

En pacientes asintomáticas con placentas previas grados I y II se debe realizar ecografía transvaginal a las 36 semanas para confirmar el diagnóstico, y en casos de placenta previa grados III y IV, a las 32 semanas. Las placentas que son diagnosticadas en el 3er trimestre permanecen en su posición hasta en el 90% de los casos.

Tratamiento

El tratamiento depende de la presentación clínica, la edad gestacional, la intensidad del sangrado vaginal y el grado de la placenta previa toda paciente con sangrado vaginal secundario a placenta previa debe ser hospitalizada para reposo con monitorización de signos vitales y de la frecuencia cardíaca fetal en forma continua; vigilancia de la actividad uterina, del dolor y del sangrado vaginal; toma de muestras para hemoclasificación, cuadro hemático, y reservar dos unidades glóbulos rojos empaquetados. En general, los episodios iniciales de sangrado vaginal por placenta previa son pequeños y autolimitado, con episodios de sangrado posteriores de mayor magnitud.

El manejo expectante puede ser realizado en pacientes con sangrado vaginal que no presenten descompensación hemodinámica y con inmadurez fetal. En estos casos se inicia maduración pulmonar con corticosteroides, y aunque su uso es controversial, puede realizarse inhibición de la actividad uterina con tocolíticos. La hospitalización prolongada podría aumentar el riesgo de tromboembolismo, por lo tanto se deben fomentar ejercicios de movilización de miembros inferiores durante el reposo, asociado al uso de medias de compresión.

La anticoagulación profiláctica, con heparinas de bajo peso molecular como primera opción, debe reservarse a pacientes con alto riesgo de tromboembolismo. Todas las mujeres RH negativas requieren recibir inmunoglobulina anti-D.

Una vez controlado el sangrado vaginal, el manejo ambulatorio es una opción en pacientes hemodinámicamente estables, que puedan ser monitorizadas en casa, vivan próximas a un hospital, con la posibilidad de ser transportada rápidamente a un centro de urgencias obstétricas, y que tengan comunicación telefónica (nivel de evidencia II-2C). Las pacientes con placenta grados III y IV y episodios previos de sangrado, como lo recomienda el Royal College of Obstetrician and Gynecologist, deben ser hospitalizadas desde las 34 semanas de gestación, por el alto riesgo de sangrado.

La hemorragia masiva, el estado fetal insatisfactorio o la maduración pulmonar comprobada, son indicadores de terminación de la gestación. La vía del parto depende de la distancia del borde placentario al orificio cervical interno y las características clínicas (inestabilidad hemodinámica, sufrimiento fetal o grado de sangrado vaginal). Si la distancia del borde placentario al orificio cervical interno es mayor de 20 mm se puede intentar parto vaginal. Si la distancia de la placenta es de 0 a 20 mm se puede pensar en parto vaginal con vigilancia estricta materno-fetal en casos de estabilidad hemodinámica sin sangrado vaginal (nivel de evidencia II-2A).

En general algunos autores recomiendan que siempre que exista algún grado de sobre posición entre la placenta y el orificio cervical interno se debe realizar cesárea (nivel de evidencia II-2A). Otros, como el Royal College of Obstetrician an Gynecologists, recomiendan realizar cesárea en todas las pacientes con un distancia menor de 20 mm del borde placentario al orificio cervical interno, especialmente si la placenta es posterior o gruesa.⁽²⁷⁾

(27) - Nápoles Méndez D, Nápoles García D. Hemostasia normal y coagulación Intravascular diseminada en obstetricia. MEDISAN. 2012

RUPTURA UTERINA

La ruptura uterina, aunque no es una entidad muy común, es un evento catastrófico, por el compromiso agudo sobre la madre y el feto.

Epidemiología

La incidencia de esta entidad varía en forma importante a nivel mundial, su incidencia aproximada es del 1% entre las mujeres que tienen parto vaginal luego de un parto por cesárea. El efecto sobre la morbilidad y la mortalidad también fluctúa geográficamente: mientras que en África la muerte materna se da en el 16% de las mujeres que sufren esta entidad, en los países desarrollados la mortalidad no es tan alta. La morbilidad asociada a la histerectomía es la principal complicación.

Factores de riesgo

Los factores que intervienen en la rotura uterina son heterogéneos y las causas más frecuentes se señalan a continuación.

1. Cesárea o histerotomía previa.
2. Presión excesiva sobre fondo uterino (maniobra de Kristeller).
3. Legrados uterinos a repetición.
4. Fórceps e intervenciones destructoras.
5. Uso inapropiado de oxitócicos.
6. Gran multiparidad.
7. Anomalías uterinas.
8. Acretismo placentario y DPP.
9. Mola invasora y carcinoma cervical.
10. Fetales: macrosomía, malformaciones.

Uno de los factores etiológicos más importantes es el antecedente de cesárea anterior que aumenta 8 veces la posibilidad de rotura uterina, en comparación con las pacientes sin cicatrices uterinas. El riesgo depende del tipo de incisión en el útero, cuando es corporal longitudinal es 10 veces más frecuente que cuando la incisión es transversal (Plauche et al, 1984; Faneite y col, 1996). El uso y duración de la oxitocina no intervienen en la frecuencia de la rotura, siempre y cuando se vigile su administración. Esta entidad guarda más relación con la duración del

trabajo de parto que con el empleo de la propia oxitocina (Tahilramaney et al, 1984).

La ruptura uterina se presenta en pacientes con macrosomía fetal, gestaciones de 42 semanas o más, edad mayor de 35 años, estatura materna menor de 165 cm, trauma abdominal, versión interna, extracción de nalgas y trabajo de parto prolongado.

Clasificación

Existen dos tipos de ruptura uterina:

1. Completa: ruptura de la pared uterina y de las membranas fetales, con comunicación de la cavidad uterina con la cavidad abdominal, lo cual ocurre en un útero sin cicatrices previas.
2. Incompleta: ruptura de una incisión uterina previa, con el peritoneo visceral intacto.

Según el origen de la ruptura uterina, puede ser:

1. Traumática: ocurre por administración incorrecta de oxitócicos, manipulación obstétrica, cicatriz uterina de cualquier etiología.
2. Espontánea: ocurre en un útero grávido intacto y sin ninguna causa evidente.

Diagnóstico

Aunque la ruptura uterina es más común durante el trabajo de parto, también puede ocurrir anteparto o posparto. El diagnóstico depende de si se trata de una ruptura uterina completa o incompleta; en el primer caso el cuadro clínico es dramático y potencialmente letal, mientras que la ruptura incompleta suele ser silente y sólo se diagnostica durante la cesárea o la revisión uterina luego de un parto vaginal con antecedente de cesárea.

Los signos premonitorios de ruptura uterina son:

- Dolor suprapúbico intenso que no cede al finalizar la contracción
- Anillo patológico de retracción (signo de Bandl)
- Sangrado genital oscuro (signo de Pinard)
- Hematuria
- Palpación fácil de ligamentos redondos (signo de Frommel)
- Sufrimiento fetal

Luego de la ruptura uterina se encuentran los siguientes signos:

- Desaparición del dolor
- Interrupción de la actividad uterina
- Ascenso de la presentación
- Sangrado genital
- Signos de choque hipovolémico

Tratamiento

Si se trata de una ruptura uterina incompleta asintomática detectada durante la cesárea, se deben desbridar los bordes y realizar histerorrafia.

Si se descubre posterior a un parto vaginal, en una paciente con cesárea anterior, debe dejarse en observación. Si hay signos de hemorragia, se practica laparotomía exploratoria con cierre del defecto.

En caso de ruptura completa con compromiso materno o fetal es necesario canalizar dos accesos venosos, infusión de 2.000cc de líquidos en bolo, toma de muestras para cuadro hemático, grupo sanguíneo y reserva de sangre. La paciente debe ser llevada a laparotomía de urgencia para extracción fetal, desbridamiento y reparo del sitio de la ruptura. En caso de que el reparo sea difícil, no se logre una adecuada hemostasia, en mujeres multíparas sin deseo de paridad, se puede realizar histerectomía.

Complicaciones

La ruptura uterina se asocia con incremento en la mortalidad neonatal (RRI 65; IC95% 32-132) y con Apgar bajo (< 6) a los 5 minutos (RRI 13,8; IC 95% 9,82-19,63).⁽²⁸⁾

(28) Suárez González JA, Gutiérrez Machado, Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave.2012

VASA PREVIA

Definición: Es una variante anatómica poco común de la placenta. Principalmente se presenta de dos formas, una con inserción velamentosa del cordón, y otra con un lóbulo succenturiado de la placenta en su lado opuesto al orificio cervical interno.

Epidemiología

Ocurre en 1, 2.000 - 6.000 nacimientos. La mortalidad perinatal depende del diagnóstico oportuno. Cuando el diagnóstico se hace en el control prenatal, el 97% de los fetos sobreviven, comparado con el 44% cuando no se diagnostica.

Fisiopatología

En el transcurso del parto o durante la ruptura de membranas (espontánea o mediante amniotomía), debido a que los vasos fetales dentro de las membranas no están protegidos por la gelatina de Whartony por eso se pueden desgarrar y, a que el volumen sanguíneo de un feto es de aproximadamente 250 cm³, en forma rápida puede llevar a un feto a un estado exangüe y, en el peor de los casos, a la muerte. Se asocia en la mayoría de los casos a placenta previa.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo se encuentran el fenómeno de "migración placentaria" en casos de placenta previa, embarazos múltiples, presencia de inserción velamentosa del cordón, lóbulos placentarios succenturiados o accesorios, y la fertilización in vitro.

Cuadro clínico

La vasa previa se manifiesta típicamente como una hemorragia de inicio súbito, al momento de la amniotomía o de la ruptura espontánea de membranas, con compromiso posterior del bienestar fetal.

Diagnóstico

Aunque el diagnóstico previo sin presencia de hemorragia es difícil, puede realizarse mediante palpación, al sentir el vaso durante la realización del tacto vaginal, o ser observado con especuloscopia. En

casos de hemorragia anteparto y sospecha de vasa previa se puede tomar sangre del fondo del saco vaginal para identificar la presencia de hemoglobina fetal. El test Apt-Downey (indicara si la sangre pertenece al niño o a la madre) es el más comúnmente realizado y se basa en la identificación de la hemoglobina fetal, teniendo en cuenta su resistencia a la desnaturalización por agentes alcalinos. Sin embargo, no es necesario esperar la confirmación de la presencia de sangre fetal si la hemorragia es masiva o existe compromiso del estado fetal.

La presencia del cordón umbilical (líneas circulares o paralelas ecogénicas) cerca del orificio cervical interno, durante la ecografía obstétrica transabdominal, puede hacer sospechar el diagnóstico. Si tiene factores de riesgo se debe realizar doppler por medio de ecografía transvaginal en busca de vasos velamentosos sobre el orificio cervical interno. La ecografía tridimensional, la angiografía y la RMN también han sido usadas para hacer el diagnóstico.

Tratamiento

Si el diagnóstico es efectuado previo al inicio del trabajo de parto, se debe realizar cesárea electiva, luego de comprobar madurez pulmonar o a las 35 semanas de gestación. En caso de que dicha entidad haya pasado desapercibida y se sospeche en el momento que ocurra la ruptura de membranas, la paciente requiere ser llevada a cesárea de urgencia debido a que aun con sangrados subjetivamente pequeños puede presentarse la muerte fetal.⁽²⁹⁾

(29) Martínez M. Protocolo para el tratamiento y prevención de las hemorragias obstétricas graves 2009.

ACRETISMO PLACENTARIO

Definición: El acretismo placentario es un desorden caracterizado por la penetración placentaria anormal dentro de la pared uterina debido a la ausencia de la capa de Nitabuch en la decidua basalis; dicha adherencia puede darse en toda la placenta o en una porción de ella.

Epidemiología

La incidencia del acretismo placentario es de 1 por cada 2.500 partos, es decir, se presenta en el 0,0004% de los casos, siendo más frecuente en pacientes con placenta previa; ocurre hasta en el 9,3% de las pacientes que cursan con esta entidad. La incidencia de acretismo ha aumentado hasta 10 veces en los últimos años debido al aumento del índice de cesáreas. El 51% de las histerectomías obstétricas son realizadas por acretismo placentario.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo incluyen:

- Placenta previa
- Edad materna mayor de 35 años
- Multiparidad
- Legrado previo
- Miomectomía previa
- Cirugía uterina previa
- Mioma sub mucoso
- Periodo intergenésico corto
- Feto femenino
- Técnicas de reproducción asistida

El riesgo de placenta acreta se incrementa dramáticamente según el número de cesáreas previas. Se describe un aumento de 8 veces cuando se compara con pacientes sin cicatrices previas y de 4 veces con 2 cesáreas o más. En pacientes en quienes además de la cesárea exista placenta previa asociada, el riesgo se acrecienta mucho más, reportándose hasta de 34%, 56%, 75% y 100% después de 0, 1, > 2 cesáreas, respectivamente, al igual que el riesgo de acretismo crece con el número de legrados, especialmente si han existido cesáreas previas, siendo del 36%, 58% y 70% luego de 0, 2 y 3 curetajes previos.

Clasificación

El acretismo placentario ha sido clasificado clásicamente de acuerdo al grado de invasión placentaria a estructuras vecinas:

1. Placenta acreta (78%): invade la superficie del miometrio
2. Placenta increta (15%): atraviesa el miometrio
3. Placenta pércreta (5%): alcanza la serosa y los órganos vecinos.

Cuadro clínico

Generalmente se presenta con hemorragia posparto por imposibilidad de remoción de la placenta, acompañada por signos de shock hipovolémico y coagulopatía

Diagnóstico

El diagnóstico, en la mayoría de los casos, se hace durante el control prenatal en pacientes con factores de riesgo.

- Ecografía: la ecografía transabdominal es el método más simple, ampliamente usado y costo-efectivo para realizar el diagnóstico de acretismo placentario. Sin embargo, no siempre permite una adecuada visualización del segmento inferior del cérvix o de las áreas comunes de implantaciones placentarias luego de múltiples cesáreas, por lo cual debe complementarse con ecografía transvaginal. La pared posterior del útero puede no ser valorada correctamente por este método.⁽³⁰⁾

Los hallazgos ecográficos que sugieren el diagnóstico de acretismo son:

- Presencia de múltiples lagos placentarios alargados e irregulares.
- Pérdida de la zona hipoecogénica retroplacentaria, representada por la ausencia de vasos placentarios retroplacentarios y de la decidua basal.
- Adelgazamiento progresivo del miometrio placentario, que indica la extrema proximidad del tejido placentario a la serosa y a órgano vecinos. Un adelgazamiento miometrial de menos de 1 mm es sugestivo de placentación anormal.

(30) - Fayad Saeta Y, López Barroso R, San Pedro López MI, Márquez Capote E. Maternidad crítica 2008.

- Protrusión de la placenta dentro de la vejiga.
- Incremento de la vasculatura en la interfase entre la serosa y la vejiga o adelgazamiento o disrupción de la serosa vesicouterina.
- La presencia de vasos perpendiculares al eje uterino indica la presencia de vasos placentarios desde y hacia el miometrio o hacia órganos vecinos, generalmente se ha asociado con la presencia de diferentes grados de acretismo placentario.
- Doppler color: su utilidad como prueba diagnóstica es controversial; tiene un valor predictivo negativo del 95%. Sin embargo, han mejorado los hallazgos de la ecografía al permitir detallar la anatomía vascular entre el útero y los órganos relacionados.

Los hallazgos que se han relacionado con placenta acreta son:

- Presencia de canales vasculares dilatados con flujo lacunar difuso hipervascularidad en la interfase entre la placenta y la vejiga con vasos anormales y canales vasculares sub placentarios periféricos dilatados con flujo venoso pulsátil sobre el cérvix uterino.
- Resonancia magnética nuclear: Se recomienda cuando los hallazgos con la ecografía no son conclusivos y se requiere confirmar el grado, extensión y localización placentaria en la toma de decisiones quirúrgicas.

Tratamiento

Como regla general, la cesárea debe ser realizada a las 37 semanas en casos de placenta acreta y de 35 semanas en increta y percreta. En la eventualidad de invasión placentaria inferior-lateral se recomienda la cateterización uretral para evitar lesiones inadvertidas durante la cirugía. En algunos casos con extensa invasión parametrial la identificación de los uréteres luego de la extracción fetal puede reducir la posibilidad de lesiones si la histerectomía es necesaria.

El objetivo primario es el de intentar realizar la cesárea en las condiciones más seguras posibles, de acuerdo a los recursos disponibles, aplicando los más simples y eficientes procedimientos y

minimizando el riesgo de hemorragia. La remoción placentaria no siempre es necesaria durante el acto quirúrgico y puede ser pospuesta. El manejo siempre debe ser multidisciplinario, con un anestesiólogo y un ginecólogo expertos y la paciente ser avisada sobre el alto riesgo de sangrado y la necesidad de histerectomía, transfusión y lesión de órganos vecinos. Se debe hacer reserva de glóbulos rojos empaquetados.⁽³¹⁾

En general existen dos formas de manejo:

Conservación del útero

- a. Cesárea clásica para evitar la placenta.
- b. Dejar la placenta in situ y esperar por su reabsorción posterior.
- c. Ligadura o embolización profiláctica de las arterias uterinas o hipogástricas.
- d. Remoción de la placenta en caso de hemorragia con control del sangrado mediante suturas circunferenciales del lecho placentario, inyección intramiometrial de prostaglandina F2 α .
- e. Empaquetamiento uterino.

Durante el periodo de involución placentaria puede ocurrir hemorragia, infección o diseminación intravascular diseminada. Para reducir el volumen placentario y su vascularización puede ser usado el metotrexato; sin embargo, no hay evidencia conclusiva sobre las ventajas de su uso.

Histerectomía

- a. Cesárea clásica
- b. Evitar la remoción de la placenta
- c. Cistotomía deliberada para facilitar la movilización de la vejiga
- d. Cateterizar uréteres
- e. Ligadura o embolización de las arterias hipogástricas

Las indicaciones de histerectomía en placenta acreta incluyen:

- Problemas técnicos anticipados, con imposibilidad para ser reparados.
- Imposibilidad técnica de realizar hemostasia segura.

(31) - Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Raúl Pérez D. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig. Epidemiol. 2010.

- Luego de manejo conservador, cuando se presentan complicaciones tales como infección o hemorragia no controlada.

En un estudio de casos y controles no se halló diferencia significativa en cuanto a pérdida sanguínea, necesidad de transfusión, tiempo quirúrgico y días de hospitalización postoperatoria en pacientes sometidas a histerectomía con catéteres de balón intravascular, comparadas con aquellas a quienes no se les colocó catéter. Sin embargo, algunos autores lo recomiendan. (32)

HEMORRAGIA ANTEPARTO DE ORIGEN DESCONOCIDO

Las principales causas de sangrado anteparto después de la semana 20 de gestación son la placenta previa y el abruptio placentae; no obstante, el diagnóstico diferencial incluye patologías como erosión, pólipos, o cáncer. Aun con una exhaustiva investigación para determinar su etiología, la razón del sangrado no puede determinarse en el 2-3% de estas mujeres. El sangrado de origen desconocido en el segundo trimestre del embarazo se ha asociado con un número importante de eventos adversos. Los eventos adversos reportados incluyen riesgos aumentados de parto pretérmino, inducción de trabajo de parto, cesárea, anomalías congénitas, pérdida fetal y tasa de mortalidad perinatal aumentada. La información acerca de la etiología de la hemorragia anteparto de origen desconocido y su manejo es muy limitada.

El manejo de estas pacientes debe incluir un examen físico cuidadoso y una ecografía para evaluar la causa del sangrado y realizar especuloscopia para excluir causas de sangrado cervical o vaginal tales como cervicitis, trauma, várices vulvares, tumores genitales e infecciones genitales.

Si el sangrado se acompaña de contracciones uterinas el riesgo de parto es alto (hasta un 15% en las dos semanas siguientes), y si el embarazo es menor que 34 semanas debe administrarse corticoides para acelerar la maduración pulmonar.

(32) - Muñoz Salazar H. Ciclo vital programa salud de la mujer. Guía Perinatal 2013.

En la mayoría de los casos el sangrado vaginal es leve y se controla en forma espontánea.

En todos los casos el manejo de estas pacientes debe hacerse estando hospitalizada; se debe vigilar estrictamente la cantidad de sangrado vaginal, el bienestar fetal y la estabilidad hemodinámica materna; si el sangrado se autolimita, debe dejarse a la paciente en observación durante 48 horas; si no se presentan nuevos episodios de sangrado, puede ser dada de alta, con recomendaciones de asistir nuevamente a urgencias por cualquier tipo de manchado o sangrado genital. En caso de gestaciones mayores de 37 semanas, si el sangrado es recurrente o si se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, se requiere indicar la inducción del parto, con vigilancia materno-fetal estricta. En casos de gestaciones menores de 37 semanas, si el sangrado es significativo y recurrente, la inducción del parto puede a veces ser necesaria.

El papel de las pruebas de bienestar fetal como el perfil biofísico o Doppler, no ha sido claramente documentado. Sin embargo, hasta que no sea demostrado lo contrario, las pruebas de bienestar fetal deben ser incluidas dentro del plan de manejo de estas pacientes. (33)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Hemorragia Postparto (HPP): Es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio. La hemorragia postparto es la causa más importante de hemorragia en el puerperio, la principal causa de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial.

(33) - Hernández Rivera C. Lineamiento Técnico para Prevención, Diagnóstico y Manejo de Hemorragias Obstétricas. México 2010.

Coagulación Intravascular Diseminada (CID): Es una alteración fisiopatología sistémica, trombohemorrágica, que se presenta en algunas situaciones clínicas bien definidas y que se acompaña de alteraciones de laboratorio que indican activación de procoagulantes, activación fibrinolítica, consumo de inhibidores de la coagulación y evidencias bioquímicas de daño o falla orgánica.

Atonía Uterina: Es un término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto puede causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina.

Embarazo Múltiple: Es un término que se utiliza para describir el desarrollo de más de un feto en la cavidad uterina.

Retención de Restos Placentarios: Se dirá que hay retención placentaria cuando el alumbramiento no se ha producido después de 30 minutos del nacimiento del niño.

Alumbramiento: Se 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 cuatro tiempos: Desprendimiento de la placenta, desprendimiento de las membranas ovulares, descenso y expulsión de la placenta.

Macrosomía Fetal: Definiremos un recién nacido como macrosómico cuando su peso al nacimiento esté por encima del Percentil 90, si bien la 2DS nos seleccionaría probablemente a recién nacidos con un mayor riesgo. En valores absolutos y para recién nacidos a término estos criterios se corresponden con un peso mayor de 4.000 a 4.500 g

Trabajo de Parto Prolongado: Lo definimos como la prolongación del trabajo de parto luego de iniciadas las contracciones uterinas intensas y vigorosas, por más de 12 h.

Placenta previa. Es la implantación y desarrollo de la placenta en el segmento inferior del útero, donde la placenta se encuentra cerca o incluso cubriendo el orificio cervical interno (OCI). Frecuencia: 0.5 % de 1/200 partos. Multíparas 15 – 20%.

Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (Abruptio placentae). Es la separación, parcial o total de la placenta normalmente inserta, después de las 22sem y antes del nacimiento del feto. Frecuencia: 1/1000 (grave) 1/100 (leve). Causa incremento de la mortalidad fetal (50 a 80%) y materna (0.5 a 5%).

Embarazo múltiple: Un embarazo múltiple es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.

Multiparidad: Una mujer que ha dado a luz más de una vez se denomina multípara.

2.4. HIPÓTESIS

La investigación no considera hipótesis pues se limita a describir las variables según como se presentan

2.5. VARIABLES

Variable de Estudio

- Hemorragias del tercer trimestre de la gestación y puerperio inmediato

Variables de Caracterización

Factores influyentes de la hemorragia

Indicadores

- Edad
- Multiparidad
- Antecedentes
- Número de control prenatal
- Procedencia

2.5.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Hemorragias del tercer trimestre de la gestación y puerperio inmediato	Pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio.	Dependiente	Cualitativa	Presente Ausente	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Factores que influyen en las hemorragias de la II mitad del embarazo	Son condiciones que favorecen el desarrollo de las hemorragias de la II mitad del embarazo	Independiente	Cualitativa	Edad ≤ 20 - ≥ 35 Multiparidad > 3 Antecedentes Número de control prenatal <5 / >5 Procedencia	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo, retrospectiva pues los datos se obtendrán de historias clínicas de pacientes ya atendidos, de corte transversal pues las variables en estudio se medirán una sola vez.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional porque luego de conocer la situación problemática y determinar su frecuencia, podemos determinar qué factores están relacionados con esta frecuencia.

3.1.3. MÉTODO

Inductivo pues del análisis de las variables en forma independiente se tomará una conclusión general.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. POBLACIÓN

La totalidad de elementos a estudiar está constituida por 532 gestantes atendidas en el hospital de Coracora septiembre 2013 agosto 2014.

3.2.2. MUESTRA:

Son las gestantes que presentaron Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Coracora septiembre 2013 a agosto 2014, que son 12 casos.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * Q}$$

$$N = \text{Población} = 532$$

P= Porcentaje de las hemorragias en la II mitad del embarazo según antecedentes 0.1

q= 1 – p = 0.9

Z= Grado de confiabilidad (95%) 1.96

d= 5% = 0.05

$$n = \frac{532 (1.96)^2 (0.1) (0.9)}{(0.05)^2 (532 - 1) + (1.96)^2 (0.1) (0.9)}$$

n= 108 Tamaño de la muestra

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestantes que presentaron hemorragias en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato y las historias clínicas que están completas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Las historias clínicas con datos incompletos

Historias clínicas con datos dudosos

Historias clínicas con partos que no presentaron Hemorragia en la segunda mitad del embarazo

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas del departamento de estadística del hospital por lo que se solicitó a la dirección el permiso correspondiente para acceder a las historias clínicas. Para lo cual se empleó la técnica documental pues se usó una ficha de recolección de datos diseñada para tal fin.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Se elaboró una ficha de recolección de datos donde se incluyeron los indicadores de las variables en estudio (Ver anexos)

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados obtenidos solo serán utilizados para fines de la investigación, conservando en todo momento la privacidad de los datos, la encuesta será anónima. En todo momento se aplicaran los principios bioéticos en las pacientes.

CAPÍTULO IV:
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL DE CORACORA SEPTIEMBRE 2013 - AGOSTO 2014

TABLA 1

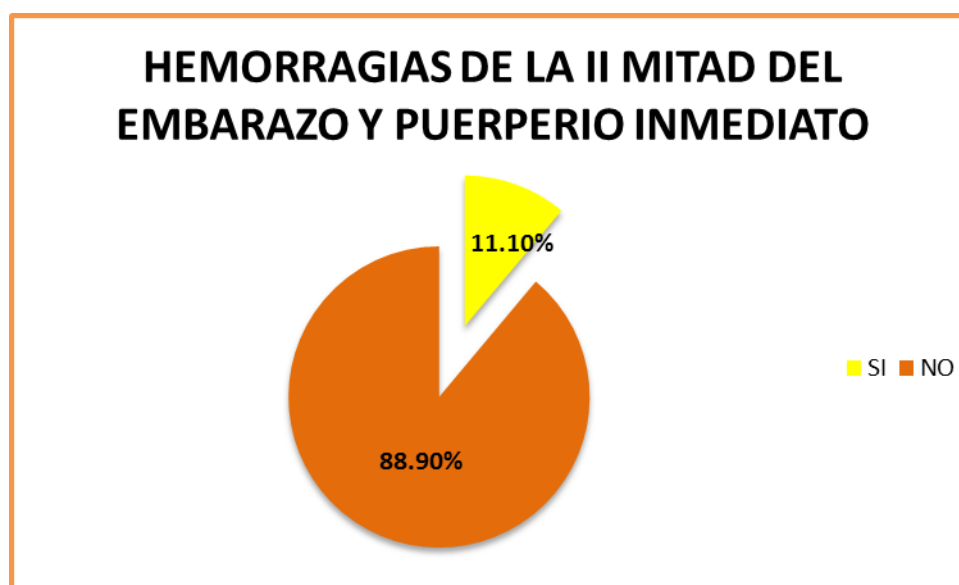
Prevalencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato

HEMORRAGIAS DE LA II MITAD DEL EMBARAZO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
SI	12	11.1%
NO	96	88.9%
Total	108	100%

Fuente: Hospital Referencial de Coracora

Se observa que el 11.1% de pacientes presentaron hemorragias en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, mientras que el 88.9 % de gestantes atendidas no presentaron hemorragias en la segunda mitad del embarazo.

GRÁFICO N° 1



HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO POR GRUPOS ETARIOS

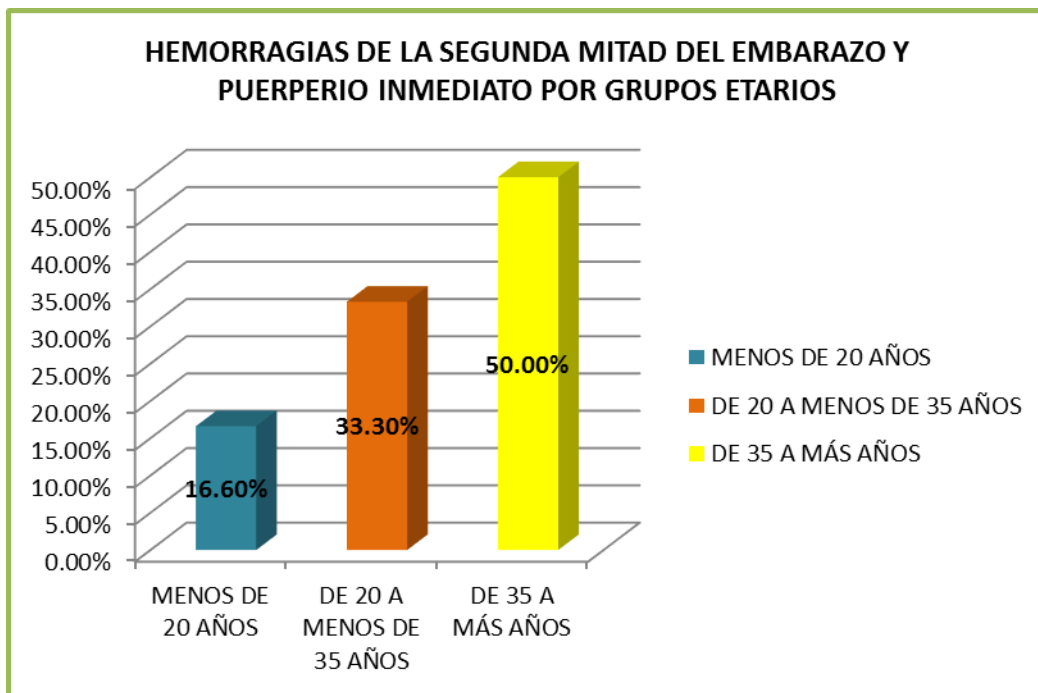
TABLA 2

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 20 AÑOS	2	16.6%
DE 20 A MENOS DE 35 AÑOS	4	33.3%
DE 35 A MÁS AÑOS	6	50.0%
Total	12	100%

Fuente: Hospital Referencial de Coracora

Se observa que existe una mayor frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en los grupos etarios de 35 años a más con el 50%, mientras que en las de menores de 20 años es del 16.6%.

GRÁFICO N° 2



HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO POR PARIDAD

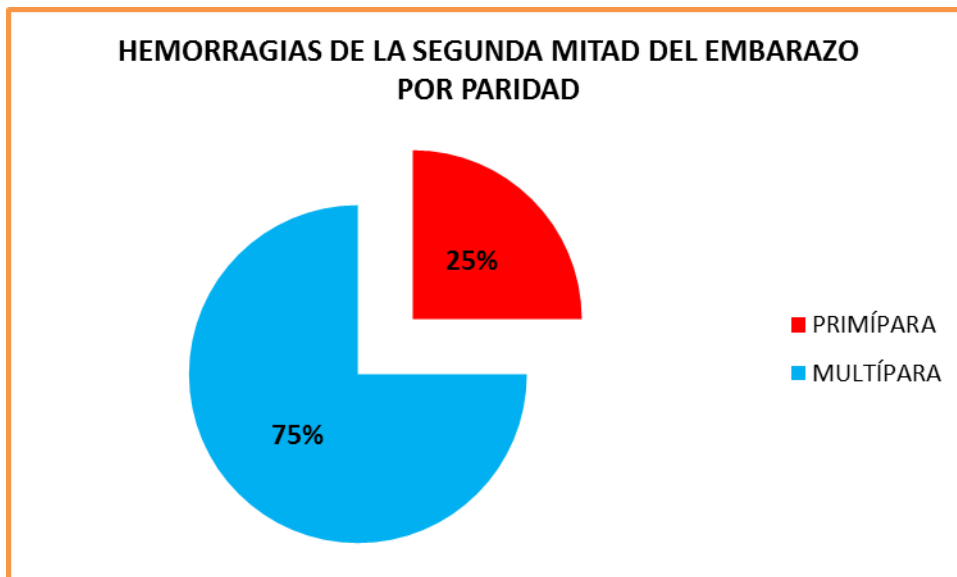
TABLA 3

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMÍPARA	3	25.0%
MULTÍPARA	9	75.0%
Total	12	100%

Fuente: Hospital Referencial de Coracora

En la tabla se muestra que existe una mayor frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en las multíparas con (75.0%) en comparación con las que no presentaron hemorragia donde existe el 25% en primíparas.

GRÁFICO N° 03



**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO
INMEDIATO SEGÚN ANTECEDENTES DE HEMORRAGIAS**

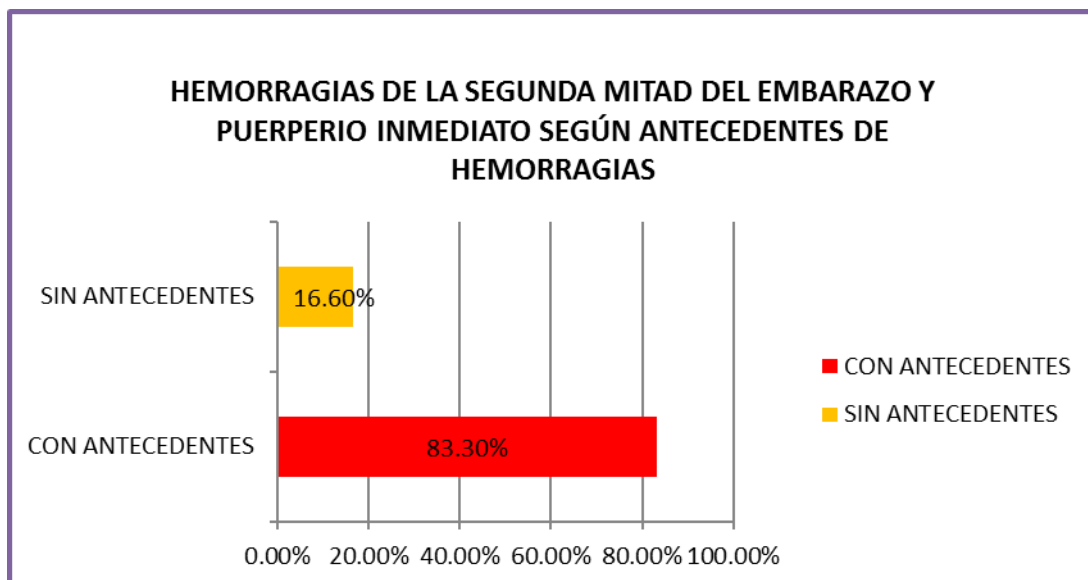
TABLA 4

ANTECEDENTES DE HEMORRAGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ANTECEDENTES	10	83.3%
SIN ANTECEDENTES	2	16.6%
Total	12	100%

Fuente: Hospital Referencial de Coracora

En la tabla se muestra que existe una mayor frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en las gestantes que presentaron antecedentes de hemorragias en gestaciones anteriores con (83.3%) en comparación con los que no presentaron hemorragia donde solo existe el (16.6%) sin antecedentes.

GRÁFICO N° 04



HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO SEGÚN NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

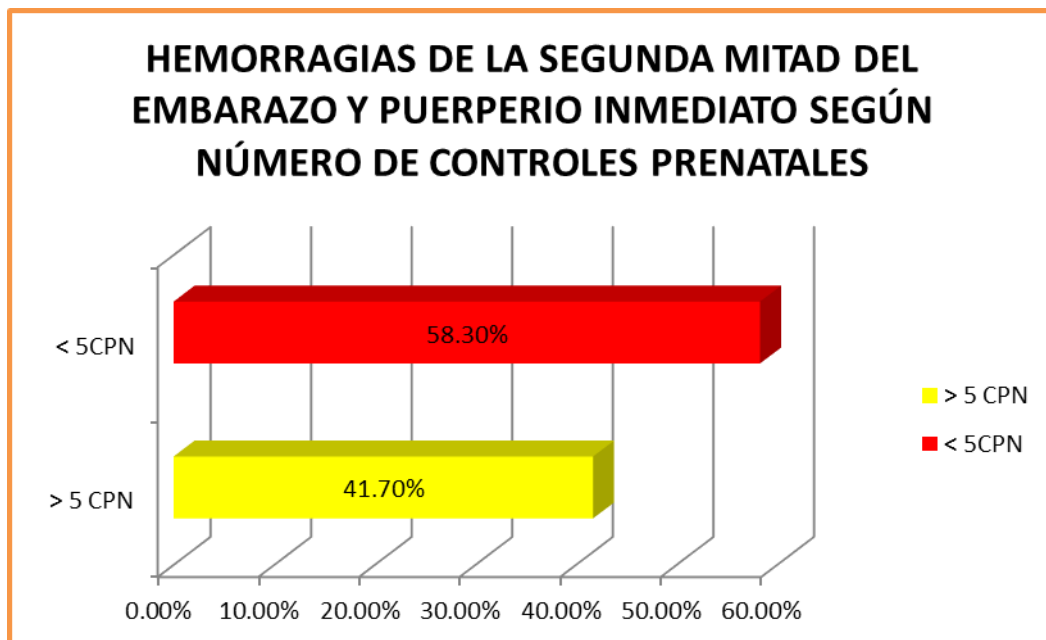
TABLA 5

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
> 5 CPN	5	41.7%
< 5 CPN	7	58.3%
Total	12	100%

Fuente: H. C. Servicio Obstétrico

En la tabla se muestra que existe una mayor frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en las gestantes que tuvieron menos de 5 CPN con (58.3%), en comparación con los que tuvieron más de 5 CPN en un (41.7%).

GRÁFICO N° 05



**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y PUERPERIO
INMEDIATO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA**

TABLA 6

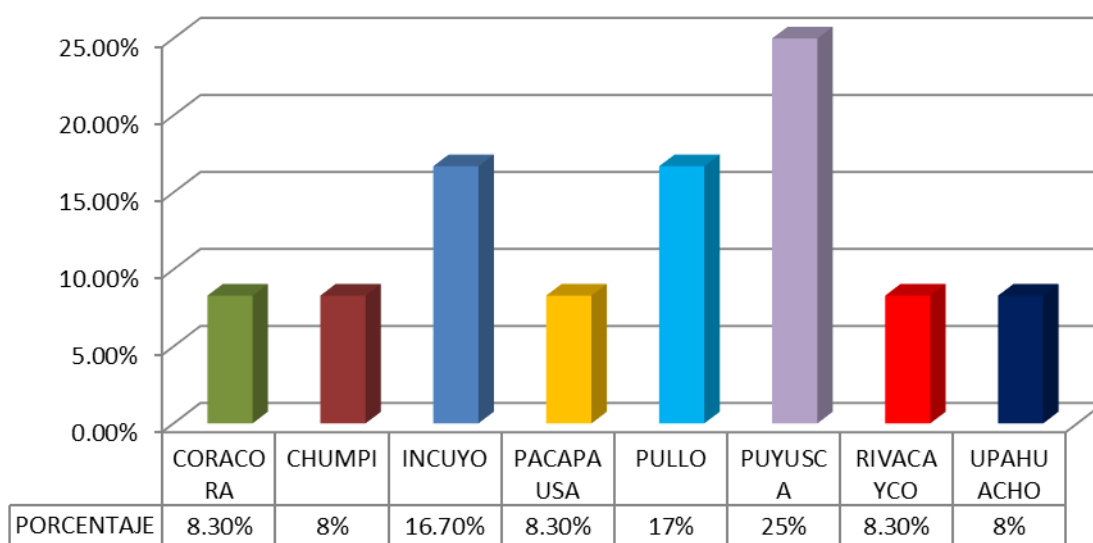
LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORACORA	1	8.3%
CHUMPI	1	8.3%
INCUYO	2	16.7 %
PACAPAUSA	1	8.3%
PULLO	2	16.7%
PUYUSCA	3	25%
RIVACAYCO	1	8.3%
UPAHUACHO	1	8.3%
TOTAL	12	100%

Fuente: Hospital Referencial de Coracora

En la tabla con respecto al lugar de procedencia, se muestra que existe una mayor frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo en las gestantes procedentes de Puyusca con el 25% y Incuyo 16.7%.

GRÁFICO N° 06

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA



DISCUSIÓN

- En el estudio de investigación se encontró una prevalencia de 11.1% de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en el Hospital de Coracora Septiembre 2013 – Agosto 2014, es una prevalencia que guarda relación con las estadísticas de otras realidades, según la literatura revisada como es en el caso de Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) compromete entre 9 y 15% de todas las gestantes, sin embargo *Acho-Mego Segundo* en su estudio sobre Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, encuentra que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo comprometió 1,68% de la población obstétrica, que difiere en lo encontrado 1° Pariguana J. encuentra que la frecuencia de HPP en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de estudio fue de 3.03%.
- En la investigación se relacionó las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato con la edad de las gestantes encontrándose una mayor frecuencia en las gestantes mayores de 35 años con un 50% y en las gestantes de 20 a menos de 35 es el 33.3% las que se debería a que ambos grupos etarios tiene factores que lo favorecen, resultado concordante con **Acho Mego** en su estudio determina que la edad de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo varió entre los 14 y 43 años, con una mediana de 28 años 62,7%, debido a que la mayor proporción de gestantes son adultas. La que se encuentra coincidencia con **Yupangui Chiriboga E.** Riesgo De Mortalidad Materna En Embarazadas Ecuador. 2012 encuentra en su estudio un predominio de hemorragias en el grupo de edad de 20 a 29 años 67%, baja escolaridad 70%, menos de cinco controles prenatales 41%.

- También al relacionar las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato con la paridad es más frecuente en las gestantes multíparas 75% la que se debería a que la mayoría de las multíparas son adultas teniendo una suma de factores de riesgo para presentar hemorragias, siendo las primíparas con menor frecuencia con un 25% como antecedentes de las mismas características. Resultado que resulta concordante con el Dr Miguel Lugones Botell que dice que entre un 70 y 75% que las multíparas mayores de 35 años son más propensas a poder padecer una complicación en la segunda mitad de la gestación.
- Al relacionar las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato con los antecedentes de complicaciones hemorrágicas anteriores se encontró una alta correlación pues el 83.3% de casos de hemorragia se presentaron en las que tuvieron antecedentes, lo que demuestra que el factor de riesgo que desencadenó la hemorragia anterior estaría persistiendo para la última gestación, y muchas de ellas no son modificables como la raza, o genética. Como difiere **Patricia Pavón** La incidencia de complicación obstétrica fue de 9.9% y la del recién nacido de 6%. En las embarazadas la principal complicación fue desgarro perineo-vaginal y en el recién nacido las afecciones respiratorias.
- Así mismo se determinó la asociación entre las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y el número de controles prenatales, donde se encontró que la mayoría de gestantes tenían menos de 6 controles prenatales con 69.5% lo que predispone que estas gestantes tengan más factores de riesgo a presentar hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Encontrándose una relación con el autor **Grandi Carlos Sarasqueta** que en sus resultados señala que el 52% de las pacientes con menores controles prenatales acceden a mayores consecuencias de presentar una hemorragia durante la gestación.

- Con respecto al lugar de procedencia hubo una mayor incidencia de poblaciones más alejadas de la capital de la provincia que es Coracora, como Rivacayco y Pacapausa con un porcentaje similar de 17.3%, lo que significa que existe menos control de parte del personal de salud en dichas zonas.

CONCLUSIONES

1. Existe una prevalencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato es de 11.1% en el Hospital de Coracora septiembre 2013 a agosto 2014.
2. Existe una mayor prevalencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en la edad materna avanzada en las gestantes mayores de 35 años
3. Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato se presentan con mayor frecuencia en las multíparas que en las primíparas.
4. La condición de tener como antecedente hemorragias en la segunda mitad del embarazo es un factor que predispone a hemorragias en los partos siguientes.
5. La prevalencia de hemorragias en la segunda mitad del embarazo según grupo etáreo, tiene mayor predisposición en las gestantes mayores de 35 años, a fin de poder determinar enfermedades en periodos tempranos, antecedentes maternos, malas historias obstétricas y muchos de ellos poder prevenirlos, lo que redundaría en una gestación más saludable y se evitarían daños posteriores con esta patología.
6. Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo constituye un factor de riesgo en este grupo de pacientes cuyos controles pre natales fueron deficientes (menos de 5 CPN), lo que refuerza la importancia del control prenatal para prevenir complicaciones

7. Existe una mayor frecuencia para las gestantes de procedencia lejana con un 25% por lo que dificulta poder brindar una buena atención a las gestantes, se tendrá que habitar estrategias para que las gestantes sean atendidas con calidad y calidez.

RECOMENDACIONES

1. Ampliar y fomentar la cobertura de los controles prenatales a fin de detectar lo más precoz posible las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, enfocar en el control prenatal y priorizar los factores como Presión arterial, aumento de peso materno y altura uterina desde la primer control prenatal.
2. Fortalecer la captación de gestantes y mejorando la atención prenatal, a fin de poder tener mayor control sobre ellas monitorizando la gestación con la finalidad de detectar a tiempo las patologías que condicionen hemorragias en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato
3. Mayor difusión de métodos anticonceptivos a fin de evitar el embarazo adolescente pues la edad es un factor que se asocia a hemorragias.
4. Promocionar charlas educativas sobre salud sexual y reproductiva a la población, sobre todo en los grupos de riesgo como son las adolescentes a fin de evitar embarazos de riesgo.
5. Monitorizar con mayor incidencia en las gestantes que presentan antecedentes de hemorragias en partos anteriores a fin de tomar medidas que eviten complicaciones hemorrágicas.
6. Evaluar factores de riesgo a que están expuestas las gestantes con embarazo múltiple a fin de prevenirlos y derivarlos precozmente reduciendo la carga de factores de riesgo para hemorragias.
7. Detectar y referir a tiempo las patologías como diabetes gestacional, obesidad en la gestación a fin de evitar complicaciones como la macrosomía fetales.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. La prevención y dirección de hemorragia de postparto. Informe de un Grupo de Funcionamiento Técnico. Ginebra: OMS 2011
2. Lima. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencia obstétrica según nivel de capacidad reproductiva. Estrategias Sanitarias de salud sexual y reproductiva. Lima: MINSA; 2007.
3. González-Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Editorial El sevier. 5ta edición España .2009
4. Nápoles Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba, Cuba. 2012. MEDISAN 2012; 16(7):1024
5. Ortiz E. Factores asociados a mortalidad materna realizado en los municipios de San Juan Ermita, Jocotan y Camotan en el departamento de Chiquimula. 2009
6. Yupangui Chiriboga E. Riesgo De Mortalidad Materna En Embarazadas En El Cantón Saquisilí 2004-2009. Guayaquil - Ecuador. 2012
7. Pérez-Aliaga C. Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo 2010. Rev Per Ginecol Obstet. ; 56:18-22. 2010
8. Cabero Roura L. (España – 2010), en su trabajo de investigación titulado La hemorragia genital provocada por una placenta previa. Disponible en: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/129628/mmgc1de1.pdf.txt;
9. Alcívar L. (Ecuador 2011): Título: Causas y factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área gineco obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda en el periodo Octubre 2010 a Marzo 2011
10. Sosa C, et al. (Uruguay 2009): Título: Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina
11. Casquero J. Et al (Perú 2012): Título: Relación entre la pérdida sanguínea estimada y la pérdida sanguínea calculada en partos por cesárea en nulíparas.

12. Pariguana J. Et al (Perú 2014): Título: Factores de riesgo de la hemorragia Post Parto Inmediato: Estudio Caso - Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique durante el periodo de Abril – Octubre del 2013
13. Bajo Arena JM. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) 2013. Impreso por: Gráficas Marte, S.L. Madrid.
14. Aristóbulo Astorga A. Hemorragias del tercer trimestre. Obstetricia moderna Cap. 19. 2012
15. Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia del segundo y tercer trimestre de la gestación y puerperio inmediato. Evidencias y recomendaciones 2009. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Colonia Juárez México
16. Cubides Amezquita J. Hemorragia del tercer trimestre. Urgencias Hospital de YOPAL E.S.E 2012
17. Williams J et al. Cuidado crítico en Obstetricia: condiciones gestantes - específicas. La Mejor Práctica e Investigación Obstetricia Clínica y Ginecología; 22(5): 825-846. 2009
18. Ramirez J. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Obstetricia Tema 23. 2009. Disponible en:
www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-23.pdf
19. Colectivo de autores. Hemorragia obstétrica en el periparto. En: Procederes diagnóstico y terapéutico en obstetricia y perinatología. La Habana; 2010
20. Tikkanen M. et al. Presentación Clínica y los Factores de Riesgo de Abruption Placentaria Acta de Obstetricia y Ginecología 2009; 85: 700-705.
21. Malvino E, Mc Loughlin D. Hemorragias obstétricas graves en el período del periparto. En: Lecciones de medicina crítica, 2001 [citado 11 Abr 2012]. Disponible en:
<http://cuidadoscriticos.com.ar/pdf/HemorragiasObstetricas.pdf>
22. Sevilla Z. Factores de riesgo para hemorragia postparto inmediato en pacientes con parto vaginal del hospital regional docente de Trujillo: periodo enero 2009 a diciembre 2010

23. Rivera San Pedro M. Hemorragia obstétrica y Choque hipovolémico 2010. IX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia.
24. Arce-Herrera R. Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo. Guía de práctica clínica 2012. Rev MedInstMex Seguro Soc 2012; 50 (6): 673-682
25. Instituto Clínica de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínica de Barcelona. Anomalías placentarias (placenta previa, placenta acreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre. Servicio de Medicina Materno fetal. 2013
26. Oppenheimer L. Diagnóstico y manejo de la placenta previa. Journal de Obstetricia y Ginecología; 29(3):261-266. Disponible en: 2009
<http://www.sogc.org/guidelines/documents/189e-cpg-march2007.pdf>
27. Nápoles Méndez D, Nápoles García D. Hemostasia normal y coagulación intravascular diseminada en obstetricia. MEDISAN. 2012 [citado 11 Abr 2012]; 16(3). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_3_12/san13312.pdf
28. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Benavides Casal ME, Carlos Tempo D. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 11 Abr 2012]; 36(2):4-12. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin02210.pdf>
29. Martínez M. Protocolo para el tratamiento y prevención de las hemorragias obstétricas graves. Buenos Aires, Argentina: 2009. p. 1-98.
30. Fayad Saeta Y, López Barroso R, San Pedro López MI, Márquez Capote E. Maternidad crítica durante el período 2004-2008. Rev Cubana Obstet Gineco. 2009 [citado 11 Abr 2012]; 35(4):12-19. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n4/gin03409.pdf>
31. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Raúl Pérez D. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig. Epidemiol. 2010 [citado 11 Abr 2012]; 48(3):310-20. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v48n3/hie10310.pdf>

32. Muñoz Salazar H. Guía Perinatal 2013. Sub secretaria de Salud Pública división prevención y control de enfermedades depto. Ciclo vital programa salud de la mujer
33. Hernández Rivera C. Hemorragia obstétrica 2010. Lineamiento Técnico para Prevención, Diagnóstico y Manejo de Hemorragias Obstétricas CNEGSR. México

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- MODELO DE FICHA DE EPIDEMIOLÓGICA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuáles son los factores que influyen en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en el Hospital de Coracora Septiembre 2013 - Agosto 2014?	¿Cuál es la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el hospital de Coracora desde setiembre 2013 a agosto 2014? ¿Cuáles son los factores más influyentes en la segunda mitad del embarazo desde setiembre 2013 a agosto 2014?	Determinar los factores que influyen en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en el Hospital de Coracora Septiembre 2013–Agosto 2014	Determinar la edad como factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato Conocer si la multiparidad es un factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato Determinar si el antecedente de patologías similares es un factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato Precisar el embarazo múltiple como un factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del	DEPENDIENTE Hemorragias de la segunda mitad del embarazo INDEPENDIENTES Factores influyentes de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo	Presente Ausente Edad Multiparidad Antecedentes Embarazo Número de Control prenatal Procedencia	Ficha de recolección de datos	HC

			embarazo y puerperio inmediato Determinar si la macrosomía es un factor que influye en las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato				
--	--	--	--	--	--	--	--

