



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

2011 -2013

Tesis para optar al Título de Máster en Salud Pública

**RIESGOS RELACIONADOS CON LA HEMORRAGIA POSTPARTO
EN MENORES DE 20 AÑOS EN LA SALA DE LABOR Y PARTO DEL
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO
DEL 2011 A JULIO 2012**

Autora: CRUZ ARACELY RODRIGUEZ NUÑEZ

**Tutor: DRA. MAYRA MOLINA
MSc. Salud Pública**

Managua, Nicaragua, Diciembre, 2012

INDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii

Capítulos	Páginas
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	5
IV. Planteamiento del Problema.....	6
V. Objetivos.....	7
VI. Marco de Referencia.....	8
VII. Diseño Metodológico.....	44
VIII. Resultados.....	54
IX. Análisis de Resultados.....	57
X. Conclusiones.....	60
XI. Recomendaciones.....	61
XII. Referencias Bibliográficas.....	62
Anexos	

DEDICATORIA.

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi familia

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, pero más que nada, por su amor.

A mis amigos

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora seguimos siendo amigos.

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis en especial a Dra. Mayra Molina por su apoyo incondicional por su gran paciencia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Creador por darme la vida, salud y sabiduría para poder concluir exitosamente mis estudios.

A la Dra. Mayra Molina por haberme guiado como docente y tutor de este estudio, por su tiempo brindado, la transmisión de conocimientos que fueron fundamentales para la elaboración de la presente tesis y su aplicación en el trabajo que realizo diariamente.

A los Docentes del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) y de manera especial a nuestro coordinador Msc. Manuel Martínez Moreira que me apoyo en la realización del presente trabajo.

A los trabajadores del Hospital Gabriela Alvarado por su colaboración en la realización del presente estudio.

A las personas que participaron, por el tiempo e información brindada que fueron necesarios para la realización de este estudio.

RESUMEN

El presente estudio es cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal observacional cuyo objetivo es conocer los riesgos relacionados con la hemorragia postparto que presentaron las pacientes que asistieron a la sala de labor y parto de el Hospital Gabriela Alvarado en Danlí, El Paraíso, Honduras, Agosto 2011 a Julio del 2012.

Se analizaron las características biológicas y socioeconómicas de quinientas cuarenta mujeres menores de 20 años que presentaron hemorragia postparto en la sala de labor y parto, los riesgos, tipo y abordaje de las pacientes que presentaron esta patología.

Las características biológicas y socioeconómicas encontradas fueron: mujeres que procedían del área rural, promedio de edad de la población en estudio oscila entre los 18 y 20 años, la mayor parte de su estado civil es de unión libre, con una escolaridad predominante de la secundaria.

En los riesgos relacionados a la hemorragia postparto encontrados se encontraron multiparidad, periodo intergenesico corto la mayor parte asistieron a menos de 4 controles. Las pacientes en sus antecedentes personales patológicos las mas frecuentes fueron obesidad, eclampsia, Preeclampsia y hemorragias postparto anteriores. De esta solo un porcentaje de las pacientes si recibieron tratamiento de su patología en el embarazo.

Con el tipo de hemorragia postparto se encontró en los expedientes consignados, lesión del canal del parto, el tipo de hemorragia postparto fue primaria o temprana.

El cuanto al abordaje indicado a las pacientes con hemorragia postparto fueron tratadas con oxitocina, y en menor frecuencia ligadura de arterias uterinas, y el uso de prostaglandinas y ligadura de arterias ováricas siguiendo las normas de atención a la mujer embarazadas implementadas en el país. Solo un poco mas de la mitad de las pacientes fueron valoradas por médico especialista evidenciando la falta de personal especialista en el hospital delegando funciones como estas a los médicos generales.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragias postparto, que dejan complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente. A nivel mundial, el 75% de las complicaciones postparto corresponde a la Hemorragia postparto, además se estima que esta aparece en un 40% de todos los partos vaginales, y en un 30% de los partos por cesarea.

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.

Todas las mujeres embarazadas experimentan sangrado o una leve hemorragia postparto durante las semanas posteriores al parto. Esto es completamente normal y además es un signo que le dejará saber que su útero está cicatrizando naturalmente. No obstante, algunas mujeres podrían experimentar hemorragia postparto luego del trabajo de parto y del alumbramiento. Este sangrado postparto es anormal.

La hemorragia postparto puede ser dividida en 2 tipos: la hemorragia postparto temprana, que ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto, y la hemorragia postparto tardía, que ocurre 24 horas a 6 semanas después del parto. La mayoría de los casos de hemorragia postparto, superior al 99%, son tempranas. La mayoría de las mujeres con aparición súbita de hemorragia todavía están bajo el cuidado de su proveedor de salud después del parto puede poner en riesgo la vida de la mujer que ha dado a luz.

A pesar de todas las medidas tomadas al respecto, la hemorragia postparto sigue siendo una de las 3 primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

II. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en 150.000 el número de muertes anuales por Hemorragia postparto en el Tercer Mundo, mientras que en algunos países como Francia esta mortalidad se calcula en 1-2/100.000 nacimientos, y de ellas, 8-9 de cada 10 serían evitables. En España, se ha registrado una incidencia moderada: la mortalidad materna se estima en 7,15 mujeres/100.000 nacidos vivos y la HPP es la causa del 23,07%.¹

Cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128.000 de estas mujeres mueren dentro de las primeras 4 horas postparto debiéndose a complicaciones durante el alumbramiento. En Argentina se detectó una mortalidad materna del 6,5 % en el período 2004-2008 a causa de esta patología.²

El análisis de la mortalidad materna para el año 2002 en Honduras realizado por la Coordinación de Salud Integral de la Familia de la Secretaría de Salud, reporta un total de 140 muertes maternas. La primera causa de estas muertes es la hemorragia postparto (45%); seguido por trastornos hipertensivos (18%), y en tercer lugar aparecen las infecciones (12%).³

En India, la esposa preferida del Shah Jahan, (emperador de principios del siglo XVII), la emperatriz Mumtaz Mahal, falleció en su décimo cuarto parto debido a una hemorragia obstétrica, en 1631.

¹ Protocolos SEGO. Hemorragia Postparto Precoz. Programa Ginecología y Obstetricia de España. 2008; 51 (8): 497-505

² Abalos E, Asprea I, García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Ministerio de Salud de la Nación Argentina [en línea] 2006 Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf

³ Torres S., Sequeria S. Investigación Cualitativa sobre Mortalidad Materna en Honduras, Instituto Nacional de la Mujer, Abril 2003.

Suecia, en la misma década de la muerte de Mumtaz, se creó el colegio médico que en 1749 estableció el primer registro vital europeo. La infraestructura resultante, la educación, el entrenamiento de médicos y enfermeras, y un sistema de registro, fueron responsables de la disminución de la mortalidad materna, de 900 a 230 por 100.000, entre 1751 y 1900.

En América Latina, las estimaciones de las causas de muerte materna determinadas por bases de datos de países entre 1997 y 2002, señalaron que las atribuibles a la hipertensión arterial son la primera causa de muerte (25,7%), seguida por la hemorragia obstétrica (20,8%), el parto obstruido (13,4%), el aborto (12,0%) y las muertes no clasificadas (11,7%).

En la década del 90 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) estimuló a los gobiernos, Instituciones Internacionales de Salud y a las Sociedades de Ginecología a tomar conciencia del problema. Bajo los auspicios de FIGO se desarrolló en Centro América un proyecto denominado "Salvemos las Madres" cuyo propósito fundamental era reducir la Mortalidad Materna, en nuestra nación.

III. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia postparto constituye la principal causa de muerte materna en los países pobres. El riesgo absoluto de muerte por hemorragia postparto es mucho menor en los países ricos que los países pobres.

En los países desarrollados, el 2% de las mujeres que han dado a luz son hospitalizadas por esta afección y la mitad de ellas se somete a una evacuación uterina quirúrgica; en los países en desarrollo contribuye considerablemente a la muerte materna.

La hemorragia postparto, es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir durante el puerperio. En la actualidad, las medidas dirigidas a la prevención de la misma han logrado que la incidencia de la hemorragia postparto no supere el 5% en los países desarrollados. A pesar de todas las medidas tomadas al respecto, la hemorragia postparto sigue siendo una de las 3 primeras causas de mortalidad materna en el mundo. En honduras el 33% de las mujeres mueren por presentar hemorragia postparto.

El propósito de este estudio es poder detectar los diferentes factores de riesgo relacionados con la hemorragia postparto para así poder dar un manejo oportuno de las complicaciones para disminuir los índices de mortalidad materna a causa de las hemorragias post parto en nuestro país.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de la Hemorragia Postparto en pacientes menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado, Danli, El Paraíso durante el periodo de Agosto del 2011 a julio del 2012?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en pacientes menores de 20 años durante el periodo de Agosto del 2011 a Julio del 2012 en el Hospital Gabriela Alvarado, Danlí, El Paraíso.

Objetivos Específicos:

1. Características socio demográficas de las menores de 20 años que asisten a la sala de labor y parto de este centro hospitalario.
2. Riesgos de hemorragia postparto conocidos en la población de estudio.
3. Tipo de hemorragia postparto en las madres estudiadas.
4. Abordaje brindado por el personal de salud en la población de estudio.

VI. MARCO TEORICO

Embarazo

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario)⁴.

Los factores de un embarazo normal pueden ser:

- Edad de la Madre
- Peso/talla de la
- Rh Sanguíneo
- Alteraciones estructurales del Aparato Genital
- Enfermedades de la Madre

Complicaciones durante el embarazo:

- a) Aborto espontáneo;
- b) Enfermedad trofoblástica (mola hidatiforme, mola invasora y coriocarcinoma);
- c) Embarazo ectópico (trompas, ovarios, cavidad abdominal, cuello o cuerno uterino);
- d) Isoinmunización materno-fetal;
- e) enfermedad hipertensiva del embarazo (incluida eclampsia y preeclampsia);
- f) Diabetes gestacional;
- g) Enfermedades intercurrentes que complican la gestación;
- h) Ruptura uterina;

⁴ Cunningham FG, Mac Donald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Williams Obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 771-81, 797-801

- i) Placenta previa;
- j) Desprendimiento prematuro de la placenta;
- k) Oligo o poli hidramnios;
- l) Patologías del cordón umbilical;
- m) Ruptura prematura de membranas;
- n) Infección amniótica

HEMORRAGIA POSTPARTO

La mortalidad materna es una preocupación a nivel mundial. Diariamente mueren unas 1.600 mujeres en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo. Se ha definido una muerte materna como aquella que se produce durante el embarazo y hasta un año después del parto, y que es consecuencia de éste. La Hemorragia Postparto es la principal complicación del parto, siendo responsable del 25% de las muertes maternas a nivel mundial suele presentarse dentro de las primeras 24 horas del puerperio.^{5, 6, 7}

Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos sigue siendo una de las

⁵ Fonseca E. Balón De Bakri **En Hemorragia Postparto En Medellín (Colombia): Reporte De Caso Y Revisión De La Literatura**. Medellín (Colombia). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 4 • Octubre-Diciembre 2010 • (335-340)

⁶ Eisele G., Somonelli D., Galli E., Alvarado A., Malvino E., Martinez M., **Hallazgos Angiográficos y Resultados de la Embolización Arterial Uterina en Hemorragias Graves del Postparto. Arteriografía y Embolización de la Hemorragia Postparto**. RAR Vol.71 (4) 2007

⁷ Aristizábal J., Gómez G., Lopera J., Orrego L., Restrepo C., col. **Paciente Obstétrica De Alto Riesgo: ¿Dónde Debe Realizarse Su Cuidado Periparto?**. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.2 • 2005 • (166-175)

transfusión de hemoderivados. Tal pérdida se presenta aproximadamente en el 4% de los partos vaginales y en el 6% de las cesáreas.¹¹

Es la pérdida sanguínea mayor o igual al 15 % del volumen sanguíneo circulante que causa un importante cambio hemodinámico con síntomas y/o signos de hipovolemia, después del nacimiento del recién nacido y que amenaza la vida de la mujer.¹²

La **hemorragia postparto precoz** es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.¹³

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial, la población se ha cuadruplicado en los últimos cien años, alcanzando actualmente a 6 mil millones de personas. Anualmente ocurren 136 millones de nacimientos, 10 millones de estos niños y niñas fallecen antes de cumplir 5 años y 8 millones antes del primer año de vida. Aproximadamente 529.000 mujeres fallecen (razón de mortalidad materna ~ 400/100.000 nacidos) en el mismo período, por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio¹⁴.

La Organización Mundial de la Salud reporta que en el mundo se registran 536,000 muertes maternas al año, de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétrica, que representan 25% del total de las muertes

¹¹ Oyelese Y., Scorza W., Mastrolia R., Smulian J. **Hemorragia postparto** Obstet Gynecol Clin N Am 34 (2007) 421 – 441

¹² Secretaría de Salud de Honduras, Programa de Atención Integral a la Mujer. **Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal**, Tegucigalpa, Agosto de 2010, pp. 119-137

¹³ Óp. Cit. No. 5

¹⁴ González R., **Salud Materno-Infantil En Las Américas**. Rogelio P. Rev Chil Obstetric Ginecol 2010; 75(6): 411 – 421

maternas y más de 50% de estas muertes suceden en las primeras 24 horas postparto. Más de 50% de las muertes maternas por hemorragia suceden en las primeras 24 horas postparto.¹⁵

La hemorragia ha matado, probablemente, a más mujeres que cualquier otra complicación del embarazo en la historia de la humanidad. Anualmente, se estima un total de 150.000 muertes maternas en todo el mundo como resultado de una hemorragia obstétrica. La mayoría de ellas son debidas a hemorragia postparto. En los países con menos recursos médicos y acceso limitado a los servicios de transfusión sanguínea, la hemorragia obstétrica sigue cobrándose una enorme cantidad de vidas. De hecho, tanto en África como en Asia, la Hemorragia Postparto es la causa principal de mortalidad relacionada con el embarazo.¹⁶

En América Latina, las estimaciones de las causas de muerte materna determinadas por bases de datos de países entre 1997 y 2002, señalaron que las atribuibles a la hipertensión arterial son la primera causa de muerte (25,7%), seguida por la hemorragia obstétrica (20,8%), el parto obstruido (13,4%), el aborto (12,0%) y las muertes no clasificadas (11,7%).¹⁷

En México, la hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la segunda causa de muerte materna y es origen de secuelas orgánicas irreversibles, sólo superada por la preeclampsia-eclampsia. La hemorragia postparto derivada de la atonía uterina es la causa principal de muerte materna en los países desarrollados. En Estados Unidos, sigue siendo una causa significativa de muerte materna. La bibliografía actual sugiere el

¹⁵ Posadas F., **Uso de la carbetocina para prevenir la hemorragia obstétrica.** Ginecol Obstet Mex 2011;79(7):419-427

¹⁶ Óp. Cit. No. 8

¹⁷ Editorial. **Tras El Cumplimiento Del 5º Objetivo Del Milenio: Mortalidad Materna,** chile 2007 rev chil obstet ginecol 2010; 75(1): 1- 2.

tratamiento activo del tercer estadio del parto para disminuir la incidencia de hemorragia postparto.¹⁸

Honduras se encuentra entre los cinco países latinoamericanos que cumplieron la meta de reducir en un 50% la mortalidad materna en el quinquenio 90-95, gracias a una serie de medidas entre las que se destacan las siguientes: extensión de cobertura, incremento de parto institucional, mejoramiento de la infraestructura vial, reformulación de la formación de parteras. No obstante, la tasa anual de 108 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos es inadmisibile.¹⁹

Durante el pasado siglo, en el mundo desarrollado, las muertes maternas por hemorragia obstétrica se han reducido drásticamente, principalmente debido a la transfusión sanguínea, al tratamiento con fluidos, a la reposición de factores de la coagulación y a la mejoría de las técnicas quirúrgicas. Una significativa proporción de muertes por Hemorragia Postparto son potencialmente evitables. Por lo menos un estudio ha indicado que el 90% de muertes por Hemorragia Postparto son prevenibles.²⁰

La reducción de las probabilidades de Hemorragia Postparto mediante el manejo sistemático del alumbramiento podría desempeñar un papel importante en la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas. La revisión recientemente publicada sobre el manejo activo frente al expectante en el alumbramiento revela que el manejo activo se asocia con una reducción de dos veces el riesgo de Hemorragia Postparto. El efecto

¹⁸ Óp. Cit. No. 11

¹⁹ Torres S., Sequeira S., **Investigación Cualitativa sobre Mortalidad Materna en Honduras**. Instituto Nacional de la Mujer (INAM)
http://www.prenatal.tv/lecturas/honduras/honduras_mortalidad_materna.pdf

²⁰ Óp. Cit. 8

protector del manejo activo es válido en mujeres de bajo riesgo, así como en la población general.²¹

A nivel mundial ha aumentado el inicio de la vida sexual activa a edades más tempranas; el 20% de los partos son de madres adolescentes, la tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2-5 veces más alto entre mujeres menores de 18 años, comparadas con las de 20-29 años. Las adolescentes constituyen un grupo particularmente numeroso en los países de desarrollo y la frecuencia de embarazos es alta, así como el número total de complicaciones ya que es una situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal alto, convirtiéndose en un problema de salud, ya que la demora o falta de tratamiento oportuno conduce muchas veces a la mortalidad materno-infantil.

Entre las complicaciones obstétricas que provocan la muerte en las menores de 20 años, se han establecido las siguientes: Hemorragia, Septicemia, Preeclampsia, Eclampsia, (DCP), Aborto complicado.²²

FISIOPATOLOGÍA

Para comprender las causas y el tratamiento de la Hemorragia Postparto, es importante, en primer lugar, entender los mecanismos mediante los que se evita el exceso de hemorragia durante el embarazo normal. La pérdida de sangre por el útero grávido a término oscila entre 800 y 1.000 ml/min, pudiendo perderse enormes cantidades de sangre con rapidez. Sin los mecanismos dirigidos a minimizar la hemorragia, se produciría la

²¹ Martínez J., **Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento.** *Matronas Prof.* 2009; 10 (4): 20-26

²² Zea J. **Complicaciones Obstétricas en Adolescente Atendidas En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital José María Velasco Ibarra En El Periodo Agosto 2008 - Julio 2009.** <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/198>. RIOBAMBA-ECUADOR 2009

exanguinación materna con rapidez. Después del alumbramiento, el útero se contrae. Dado que las fibras miometriales discurren en diferentes direcciones, la contracción de estas fibras ocluye los vasos sanguíneos, previniendo la hemorragia.²³

Esta contracción, más que la formación de coágulos o la agregación de plaquetas, es el mecanismo principal de la hemostasia después del parto. Así, si el útero se contrae de manera inmediata después del parto y se desarrolla la hemorragia, es más probable que el origen del sangrado se encuentre en una laceración o lesión del tracto genital. Las estrategias para tratar la Hemorragia Postparto, en primer lugar, deben asegurar la contracción uterina, y luego identificar y reparar cualquier lesión del tracto genital.²⁴

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Entre las causas de hemorragias postparto se incluyen atonía uterina, laceraciones obstétricas, retención de tejido placentario y defectos de coagulación.

Atonía Uterina

La hemorragia postparto se controla fisiológicamente por la constricción de las fibras miometriales entrelazadas que rodean a los vasos sanguíneos que abastecen el sitio de implantación placentaria. Hay atonía uterina cuando el útero no se puede contraer.²⁵

²³ Óp. Cit. No.8

²⁴ Óp. Cit. No. 8

²⁵ Mousa HA, Alfirevic Z. **Tratamiento para la hemorragia postparto primaria**. Cochrane Plus, 2008, Número 2 Copyright © John Wiley & Sons Ltd. Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003249>

La atonía es la causa más común de hemorragia postparto (50% de los casos).

Entre los factores predisponentes se incluyen:

- Poli hidramnios
- Gestación Múltiple
- Macrosomia
- Parto Rápido
- Parto Prolongado
- Multiparidad
- Fiebre
- Rotura Prematura de Membranas
- Miomas
- Placenta Previa
- Anomalías Uterinas

Laceraciones Obstétricas

La Hemorragia excesiva por episiotomía, laceraciones o ambas, causa cerca del 20% de los casos de hemorragia postparto.

Las laceraciones pueden incluir al útero, cérvix, vagina o vulva, y suelen ser ocasionados por un parto precipitado o no controlado, o por el parto operatorio de un feto grande. No obstante pueden producirse después de cualquier parto.²⁶

La laceración de los vasos sanguíneos situados debajo del epitelio vaginal o vulvar puede producir hematomas, la hemorragia es oculta y puede ser

²⁶ Sosa C., Althabe F. Factores de Riesgo de Hemorragia Postparto en partos vaginales en una población de América Latina. American College of Obstet Gynecol 2009; 113: 1313-1319.

particularmente peligrosa, ya que puede pasar inadvertida por varias horas y volverse evidente solo cuando se produce un choque.

Las episiotomías pueden causar hemorragia excesiva cuando afectan arterias o varicosidades grandes, cuando la episiotomía es grande o si hay retraso entre la episiotomía y el parto, o entre el parto y la reparación de la episiotomía.²⁷

La hemorragia persistente y la presencia de útero firme, bien contraídos sugieren hemorragia de una laceración o una episiotomía. Cuando se identifican las laceraciones cervicales o vaginales como origen de hemorragia posparto, la reparación se practica mejor con anestesia adecuada.

La ruptura del útero es rara.

Factores de riesgo:

- Multiparidad.
- Cirugía uterina previa.
- Inducción de trabajo de parto con oxitocina.
- Ruptura de una cicatriz de operación cesárea previa después de parto vaginal.
- Parto Precipitado
- Mal posición
- Placenta fundica

Signos y síntomas

- sangrado excesivo
- hemorragia color rojo brillante

²⁷ Mousa HA, Alfirevic Z. **Tratamiento para la hemorragia postparto primaria.** Cochrane Plus, 2008, Número 2 Copyright © John Wiley & Sons Ltd. Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003249>

- fondo uterino firme y contraído
- en el cuello se pueden observar laceraciones
- hematomas

Las laceraciones de periné, vagina y cuello uterino son más frecuentes después de un parto con maniobras. El sangrado arterial rojo vivo en presencia de un útero duro sin atonía sugiere que la hemorragia es consecuencia de una laceración, el diagnóstico se hace por una inspección física del cuello uterino.²⁸

Los desgarros de perineo y vagina pueden causar daños importantes al debilitar los soportes de útero vagina y recto. También ocasionar prolapso del útero, cistocele (caída de la vejiga), a menudo requiere tratamiento quirúrgico. También pueden ser ocasionados por partos precipitados.²⁹

Clasificación desgarros

GRADO 1: compromete piel

GRADO 2: compromete piel, músculo perineo

GRADO 3: compromete piel, músculo perineo, esfínter anal

GRADO 4: compromete además de lo anterior mucosa rectal

TRATAMIENTO

Corrección de desgarros.

Retención de Tejido y Restos Placentarios

La retención de tejido placentario y de membranas después de la placenta es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto. Clínicamente se

²⁸ Óp. Cit. No. 26

²⁹ Óp. Cit. No. 18

manifiesta por una hemorragia, no muy abundante pero persistente que procede de cavidad uterina con útero contraído o no, pero que no responde a la administración de oxitócicos.

Los fragmentos parcialmente separados de la placenta pueden ocasionar hemorragia postparto al interferir con las contracciones uterinas adecuadas. Es por esto que debe descartarse retención de restos placentarios después del alumbramiento, sin embargo esto rara vez ocasiona una hemorragia postparto inmediato y es más habitual que produzca hemorragia tardía.³⁰

Factores predisponentes:

- Expulsión incompleta de la placenta
- Cesaría anterior
- Multiparidad
- Placenta Anómala
- Atonía Uterina

Retención de Placenta

La ausencia del alumbramiento tras un periodo de 15-30 min. Puede deberse:

– Incarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina, por espasmo del istmo, generalmente por tracciones intempestivas o falta de contracciones uterinas.³¹

– Adherencia patológica de la placenta. Las diferentes formas de placentas adherentes tienen una característica básica común: ausencia de decidua

³⁰ Óp. Cit. No. 18

³¹ Óp. Cit. No. 26

basal. Por ello la placenta se adhiere directamente al miometrio. Hay distintos grados de penetración:

- Acreta que llega al miometrio.
- Increta que invade el miometrio.
- Percreta que incluso llega al peritoneo visceral y a las estructuras vecinas.

De todas ellas la más frecuente es la primera forma y habitualmente suele presentarse de forma local o parcial siendo muy rara la total.

Últimamente se ha observado un aumento en la incidencia de las adherencias placentarias debidas a diversos motivos:

- Incremento de la cesárea.
- Incremento de la cirugía uterina previa.³²

El riesgo de morir por Hemorragia Postparto no depende únicamente de la pérdida de sangre, también resulta de gran importancia el estado de salud previo; la pobreza, la malnutrición, la falta de control sobre la salud reproductiva, son situaciones favorecedoras.³³

TRATAMIENTO

Las medidas más efectivas para atender las complicaciones hemorrágicas obstétricas son anticipar e identificar factores de riesgo como: multiparidad, macrosomía, trabajo de parto prolongado, embarazo múltiple, procedimientos anestésicos sistémicos y, en general, todo aquello que sobredistienda y altere la capacidad del útero de contraerse en el puerperio inmediato. De forma tradicional, el tratamiento de la hemorragia obstétrica es con

³² Calle A., Barrera M., Guerrero A. Diagnostico y manejo de la Hemorragia Postparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2008; 54:233-243

³³ Piloto M., Cruz D., Águila S., González A., **Impacto materno del manejo activo del alumbramiento.** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(3)322-332

medicamentos ampliamente estudiados y conocidos, como la oxitocina y la ergometrina.³⁴

La mayoría de los casos responden a tratamientos conservadores convencionales ya establecidos, como el masaje uterino, la administración de útero-tónicos o el legrado uterino con o sin taponamiento, en un grupo de pacientes el sangrado se hace persistente e incontrolable y se lo denomina hemorragia grave del postparto.³⁵

Los principios básicos del tratamiento de la Hemorragia Postparto implican la solución de los factores causales (especialmente, las lesiones corregibles quirúrgicamente) y la reposición temprana del volumen intravascular, de sangre y de factores de la coagulación, según las necesidades. Quizás el aspecto más importante en el tratamiento de la Hemorragia Postparto es la actitud del personal a cargo. Es fundamental mantener un punto intermedio, sin caer en los extremos de un entorno caótico o de un entorno estresante.³⁶

Tratamiento inicial

Es crucial el reconocimiento puntual de la hemorragia excesiva después del parto. Una mujer sana puede perder entre el 10 y el 15% de su volumen sanguíneo sin sufrir un descenso en su presión arterial. El primer hallazgo es un muy discreto incremento en la frecuencia del pulso. Para el momento en el que su presión sanguínea cae de manera apreciable, con frecuencia la mujer ya ha perdido por lo menos el 30% de su volumen sanguíneo. Por ello, puede conducir a error fiarse exclusivamente de los signos vitales para realizar el diagnóstico o determinar la gravedad de una Hemorragia Postparto. El tratamiento inicial debe dirigirse de manera simultánea a la

³⁴ Óp. Cit. No. 11

³⁵ Óp. Cit. No. 3

³⁶ Óp. Cit. No. 8

reposición energética de fluidos y de sangre para mantener el volumen circulante adecuado y a la resolución de la causa de la hemorragia. Deben insertarse varios catéteres intravenosos de gran calibre y comenzar una reposición de volumen energética.³⁷

Las primeras intervenciones han de dirigirse a asegurar que el útero permanece contraído. A menudo, esto puede conseguirse inicialmente mediante la compresión bimanual. Debería realizarse una exploración manual del útero para asegurarse de que no quedan restos placentarios. La vejiga urinaria debe vaciarse, y se han de administrar fármacos uterotónicos. Si el útero está bien contraído, debe explorarse cuidadosamente el tracto genital inferior (cérvix y vagina) para determinar si existe alguna laceración. Esta exploración requiere una buena exposición, adecuada iluminación, buena analgesia y un ayudante competente.³⁸ Ello suele conseguirse mejor en el quirófano. Si se identifica una lesión en el tracto genital y el útero está bien contraído, estas laceraciones se han de reparar inmediatamente. Es importante seguir con la adecuada reposición de volumen.³⁹

Tratamiento médico de la hemorragia postparto

El tratamiento médico de la Hemorragia Postparto implica dos categorías principales:

- 1) Las medicaciones que causan contracciones uterinas, y
- 2) Las medicaciones que promueven la coagulación o que corrigen sus anomalías.

Tratamientos médicos que causan contracción uterina

Oxitocina

³⁷ Óp. Cit. No. 27

³⁸ Óp. Cit. No. 9

³⁹ Óp. Cit. No. 29

La oxitocina es el fármaco utilizado con mayor frecuencia para conseguir la contracción uterina y, por ello, es el agente de primera línea para la prevención y el tratamiento de la Hemorragia Postparto. Puede administrarse por vía intramuscular o intravenosa. La dosis parenteral es de 10 mg. Suele ser bien tolerada y presenta pocos efectos secundarios, pero un bolo intravenoso rápido puede, raramente, contribuir a la hipotensión. La oxitocina suele administrarse como una infusión intravenosa de 10 a 20 unidades en 1.000 ml de solución de lactato de Ringer, modificando el ritmo de perfusión para conseguir la adecuada contracción uterina. La oxitocina, un nonapéptido producido por la neurohipófisis, tiene una similitud biológica con la hormona antidiurética. Por ello, las grandes dosis administradas con grandes dosis de fluidos pueden ocasionar toxicidad acuosa.

Alcaloides ergóticos

Los alcaloides ergóticos, como la metilergonovina, inducen con rapidez contracciones uterinas tetánicas potentes. También se han utilizado ampliamente como agentes de primera línea en la prevención y el tratamiento de la Hemorragia Postparto. Pueden administrarse por vía oral o parenteral. En casos de Hemorragia Postparto, la vía intramuscular es la de elección, con dosis de hasta 0,2 mg. Estos fármacos pueden causar una rápida elevación significativa de la presión arterial y, por ello, están contraindicados en los pacientes con hipertensión o preeclampsia. A excepción de circunstancias muy inusuales, debe evitarse la utilización intravenosa.

Prostaglandinas

Al análogo 15-metilado de la prostaglandina F2 carboprost es un potente agente uterotónico que tiene una prolongada duración de acción. Puede administrarse en una dosis de 250 µg por vía intravenosa, intramuscular o en inyección directa en el miometrio. Puede repetirse la dosis cada 15 a 20

minutos, hasta un total de 2 µg, aunque en la mayoría de pacientes es efectiva una sola dosis. Pueden utilizarse dosis incrementadas a 500 µg si las dosis iniciales de 250 µg no han sido efectivas. Este agente prostaglandínico puede ocasionar broncoconstricción y elevación de la presión arterial y, por ello, está contraindicado en asmáticas y en pacientes con hipertensión. También presenta efectos secundarios gastrointestinales significativos, y puede ocasionar diarrea, náuseas y vómitos, así como fiebre.⁴⁰

Recientemente surgieron medicamentos que requieren pruebas clínicas amplias para demostrar su eficacia en el tratamiento de estas pacientes. Entre ellos, misoprostol y carbetocina.⁴¹

El misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1, relativamente nuevo y de bajo costo, se utiliza en obstetricia principalmente para la maduración cervical y para la inducción del parto. Es un potente uterotónico, y se ha utilizado tanto para la prevención como para el tratamiento de la HPP. Los metaanálisis han encontrado que el misoprostol es menos efectivo que los alcaloides ergóticos y la oxitocina en la prevención de la HPP, y que presenta mayores efectos secundarios. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que el misoprostol es altamente efectivo en el tratamiento de la HPP ocasionada por atonía uterina. El misoprostol puede ser administrado por vía oral, vaginal o rectal. La dosis clásica para el tratamiento de la HPP es de 400 a 1.000 mg. Los efectos secundarios incluyen diarrea y fiebre.⁴²

La carbetocina es un análogo sintético de la oxitocina. Su mecanismo de acción consiste en acelerar e incrementar la contracción uterina al momento y después de la salida del recién nacido y de la placenta, para reducir la

⁴⁰ Óp. Cit. No.8

⁴¹ Óp. Cit. No. 12

⁴² Óp. Cit. No.33

pérdida de sangre. Al ser un análogo de la oxitocina, compite por sus receptores, con una vida media cuatro veces superior a la oxitocina, un efecto farmacológico de hasta 120 minutos y genera una contracción tónica que reduce la pérdida de sangre postparto.

Debido a que las causas y factores predisponentes de la hemorragia obstétrica y la precisión, oportunidad y certeza del diagnóstico son elementales para el adecuado uso de estos medicamento, y en general de los oxitócicos, es importante señalar que la administración de medicamentos uterotónicos no releva la responsabilidad de descartar otra afección que sea la causa real del sangrado obstétrico como: laceraciones en el conducto del parto, retención de restos membranoplacentarios, coagulopatías, placenta acreta o, incluso, rotura uterina, cuyo tratamiento es completamente distinto a una atonía uterina, que es la principal indicación de uterotónicos.^{43, 44}

Esquema De Uso De Los Medicamentos Oxitócicos			
Dosis y vía de administración	Oxitocina	ERGOMETRINA/ METILERGOMETRINA	Misoprostol
Dosis inicial	IV: Infunda 20 UI en 500 ml de solución salina normal a 60 gotas por minuto	IM o IV (lentamente), 0.2mg	Intra-rectal: 600 a 800 mcg
Dosis continua	IV: infunda 20 UI en 500 ml de solución salina normal a 20 gotas por minuto	Repita 0.2 mg IM después de 15 minutos. Si se requiere, administre 0.2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas	
Dosis máxima	No más de 3L de solución salina normal (60 UI de oxitocina)	5 dosis (total de 1 g)	800 mcg
Precauciones	No administre en bolo IV	Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía	Asma

⁴³ Óp. Cit. No. 34

⁴⁴ Óp. Cit. No. 9

Fuente: Secretaria de Salud de Honduras, Programa de Atención Integral a la Mujer. **Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal**, Tegucigalpa, Agosto de 2010, pp. 129

Tratamiento quirúrgico

Los tratamientos quirúrgicos pueden clasificarse en cuatro grupos:

- 1) Los que reducen el aporte sanguíneo al útero;
- 2) Los que implican la extirpación del útero;
- 3) Los dirigidos a ocasionar una contracción o compresión uterina, y
- 4) Los que taponan la cavidad uterina.⁴⁵

Técnicas quirúrgicas que reducen el flujo sanguíneo uterino

Ligadura de las arterias uterinas

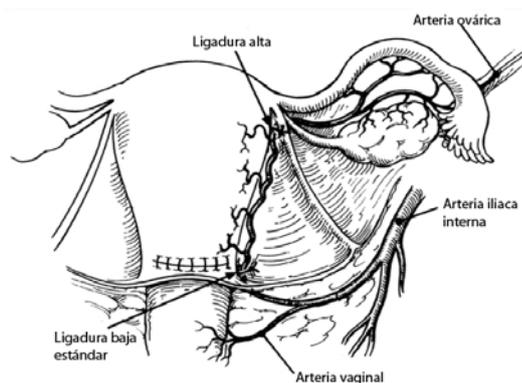
La ligadura de las arterias uterinas es una de las medidas más simples y efectivas para controlar la Hemorragia Postparto refractaria a los intentos iniciales de control de la hemorragia. Esta técnica es particularmente útil cuando el sangrado excesivo se produce durante la cesárea. Se dirige una gran aguja curva con una sutura del n. ° 1 en dirección desde anterior a posterior, aproximadamente entre 1 y 2 cm medialmente al ligamento ancho. La sutura se dirige desde posterior hasta anterior a través de un espacio avascular en el ligamento ancho, cerca del borde lateral del útero, y se anuda. La sutura puede pasarse de posterior al anterior si resulta más sencillo. Esta suele aplicarse a nivel del orificio cervical interno (que se encuentra a nivel de la unión del cuerpo y el segmento uterino inferior), pero dependiendo de la facilidad o dificultad también puede colocarse más arriba o más abajo. La técnica es una ligadura en masa, y la arteria uterina no debe ser disecada ni movilizada.

⁴⁵ Óp. Cit. No. 8

Ligadura de la arteria ovárica La anastomosis de los vasos ováricos con los vasos uterinos puede ligarse cerca de la inserción del ligamento uteroovárico. Alternativamente, la arteria ovárica puede ligarse directamente entre el margen medial del ovario y la cara lateral del fundus, en el área del ligamento uteroovárico. Una combinación escalonada de ligadura unilateral y luego bilateral, empezando con la arteria uterina y procediendo luego a los vasos ováricos, puede ser una estrategia ordenada y efectiva.

Ligadura de la arteria hipogástrica La ligadura de la arteria ilíaca interna (hipogástrica) sólo debería ser realizada por un cirujano experto familiarizado con la anatomía de la pelvis y lo que es más importante, con el curso retroperitoneal de los uréteres. En Estados Unidos este procedimiento se realiza menos a menudo que en el pasado, quizá debido a que el procedimiento es más complicado y requiere más tiempo que la ligadura de la arteria uterina, tiene posibles complicaciones graves y, si no resulta eficaz, puede retrasar el recurso de la histerectomía.⁴⁶

Figura No.1 Ligadura de arteria uterina



Fuente: Karlsson H., Sanz Pérez. Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009; 32 (Supl. 1): 159-167

⁴⁶ Óp. Cit. No. 37

Técnicas quirúrgicas que extraen el útero

Histerectomía

La histerectomía se requiere en el tratamiento de la Hemorragia Postparto aproximadamente en uno de cada 1.000 partos. El procedimiento debe reservarse para los casos en los que han fallado otras medidas, y el American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda que si se realiza este procedimiento para la atonía uterina haya quedado documentado un intento previo con otros tratamientos conservadores. El 70% de las histerectomías periparto siguen a una cesárea, mientras que el 30% restante se realiza después de un parto vaginal. En el pasado, la mayoría de las histerectomías se realizaba por atonía uterina. Sin embargo, en la actualidad, la mayor frecuencia de placenta acreta, asociada al espectacular incremento de la frecuencia de cesáreas.⁴⁷

La técnica precisa utilizada depende de si la cirugía se realiza estando la paciente estable o cuando está perdiendo cantidades masivas de sangre. En la primera situación, es una buena práctica mantener los pedículos pequeños y asegurarse de que quedan doblemente ligados con seguridad. Los tejidos engrosados y edematosos después del parto pueden motivar que los vasos ligados en el interior de pedículos gruesos puedan deslizarse y retraerse, lo que puede ocasionar un sangrado masivo. En el último caso, la situación más emergente, el rápido control de la pérdida hemática, requiere un pinzamiento y sección rápidos hasta que se controla el sangrado o se extrae el útero. Sólo cuando se ha asegurado la hemostasia se ligan los pedículos. El riesgo de lesión de las estructuras adyacentes es mayor cuando se realiza rápidamente la histerectomía en un campo lleno de sangre. Las lesiones del tracto urinario se producen en el 5 al 22% de las histerectomías periparto, siendo la vejiga la estructura implicada con mayor frecuencia ⁴⁸

⁴⁷ Óp. Cit. No. 38

⁴⁸ Óp. Cit. No. 38

Técnicas quirúrgicas que ocasionan la compresión uterina

La sutura de B-Lynch y otras suturas de compresión uterina

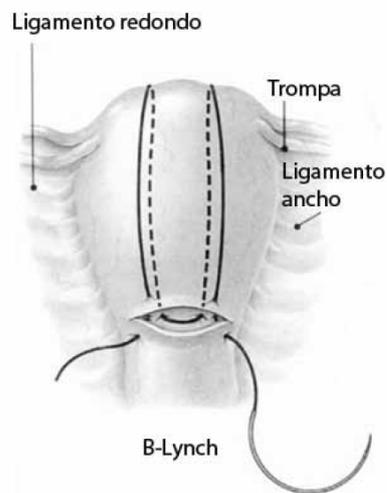
En 1997, Christopher B-Lynch et al comunicaron por primera vez un planteamiento innovador para el tratamiento quirúrgico de la Hemorragia Postparto en una serie de 5 pacientes. Esta técnica quirúrgica se basa en el principio de que el útero contraído no sangra. La sutura se denomina, a veces, sutura «en tirantes», dada su semejanza con éstos. La sutura de B-Lynch pretende la compresión del útero en las mujeres en las que ha fracasado la compresión bimanual, la administración de fármacos uterotónicos y otras intervenciones precoces.

Esta técnica se realiza más fácilmente en el momento de la cesárea. Requiere reabrir la incisión uterina. Después del parto vaginal, debe realizarse una laparotomía, y el segmento uterino anterior debe abrirse a través de una incisión transversa. La técnica empieza utilizando una sutura de rápida absorción en una aguja curvada grande, y realizando una entrada aproximadamente 3 cm medialmente desde el margen lateral del útero y 3 cm por debajo del labio inferior de la incisión uterina. La aguja sale aproximadamente a 4 cm del margen lateral del útero y a 3 cm por encima del labio superior de la incisión uterina.

La sutura se lleva por encima de la superficie serosa del fundus y luego por detrás de la cara posterior del útero hasta el nivel de la incisión de la pared anterior. Se realiza un mordisco horizontal entrando y saliendo a 3-4 cm del

margen lateral del útero. Seguidamente, la sutura se lleva de nuevo sobre la superficie serosa del fundus del útero y luego hacia abajo por la cara anterior, y se realiza un punto a 3 cm del borde superior de la incisión uterina y a 4 cm del margen lateral. La aguja sale 3 cm por debajo del borde inferior, aproximadamente a 3 cm del margen lateral. La sutura se anuda firmemente, comprimiendo directamente el útero.^{49, 50}

Figura No.2 B-Lynch



Fuente: Karlsson H., Sanz Pérez. Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009; 32 (Supl. 1): 159-167

Técnicas para el taponamiento uterino

Se ha utilizado una variedad de técnicas para taponar la cavidad uterina. Éstas incluyen el empaquetamiento uterino, el *pack* o taponamiento en paraguas, el globo de Sengstaken-Blakemore y una variedad de balones adaptados. Algunos obstetras han utilizado un catéter de Foley grande hinchado. Condous y Arulkumaran describieron el uso de una prueba de taponamiento para determinar si un balón intrauterino sería efectivo en el

⁴⁹ Óp. Cit. No. 40

⁵⁰ Óp. Cit. No. 36

tratamiento de una Hemorragia Postparto, y para seleccionar a las pacientes que requerirían cirugía adicional.

El tubo de Sengstaken-Blakemore, con el extremo gástrico seccionado, se insertaba en la cavidad uterina y se hinchaba con 75 a 150 ml de suero salino. Si el sangrado cesaba tras el inflado, se consideraba que la paciente no requeriría cirugía adicional. La hemorragia se controló en el 71% de casos, y la posterior cirugía se evitó en el 88% de casos.⁵¹

Taponamiento de la pelvis a presión

En 1926, Logothetopoulos describió un *pack* de presión en la pelvis, también conocido como seta, paraguas o paracaídas, para el control de la Hemorragia Postparto. Este *pack* se rellena con torundas de gasa y se inserta en la pelvis, con el tallo saliendo por la vagina. Se aplica una tracción gravitatoria al extremo del tallo, lo que comprime el *pack* contra los vasos de la pelvis. Esta técnica se utiliza raramente en la actualidad, pero puede desempeñar un papel en la hemorragia masiva que no responde a otros tratamientos.⁵²

Embolización de la arteria uterina y de la arteria ilíaca interna

La embolización en obstetricia fue descrita por primera vez para el control de la Hemorragia Postparto intratable. El procedimiento, realizado por un radiólogo intervencionista, se utiliza en la actualidad ampliamente en obstetricia y ginecología. Numerosas publicaciones han documentado la eficacia de esta técnica en el control de la Hemorragia Postparto potencialmente mortal. En el planteamiento más habitual, se cateteriza la arteria femoral, y este catéter se lleva, bajo control fluoroscópico, dentro de la

⁵¹ Óp. Cit. No.41

⁵² Óp. Cit. No. 42

rama anterior de la arteria ilíaca interna o en la arteria uterina. Estos catéteres pueden llevar un globo en su punta, que puede ser inflado para ocluir el flujo sanguíneo hacia el útero. Luego se inyecta un material oclusivo bajo control fluoroscópico, hasta que cesa el flujo sanguíneo arterial uterino. Los clásicos agentes embólicos son la esponja de gelatina absorbible y las microesferas acrílicas. Los efectos secundarios y las reacciones adversas incluyen la embolización inadvertida de estructuras colaterales, con necrosis y gangrena, reacciones alérgicas y deterioro renal. La embolización requiere un radiólogo intervencionista experimentado y cierto grado de estabilidad de la paciente.⁵³

SITUACIONES ESPECIALES

Inversión uterina

La inversión uterina se produce aproximadamente en uno de cada 2.000 partos y, generalmente, es el resultado de unos intentos excesivos de alumbrar la placenta traccionando del cordón o por presión fúndica antes de la separación completa de la placenta. La inversión del útero puede dar lugar a un shock hemorrágico postparto masivo. Esta complicación se trata mediante la reposición enérgica de líquido y sangre, y la reposición del fundus uterino. Se ha descrito una variedad de técnicas para reponer el fundus uterino. Estas incluyen el reemplazamiento manual y el uso de la presión hidrostática. El reemplazamiento uterino puede requerir anestesia general y agentes relajantes uterinos. La placenta accreta debería sospecharse en cualquier paciente con una cesárea anterior y que presenta una placenta de baja inserción o previa.

Tratamiento transfusional

⁵³ Óp. Cit. No. 43 y 44

La primera transfusión de sangre humana con éxito documentado fue realizada por James Blundell en 1825 en una mujer que estaba muriendo por una Hemorragia Postparto su interés por la transfusión sanguínea se había visto estimulado al atender a una mujer que murió 7 años antes por Hemorragia Postparto. Desde esta primera experiencia, la transfusión de sangre ha sido un componente fundamental de la reanimación salvadora de vidas en la Hemorragia Postparto.⁵⁴

PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Quizás el aspecto más importante del tratamiento de la Hemorragia Postparto sea la predicción y la prevención. En todas las embarazadas, tempranamente en el embarazo, debe obtenerse una historia detallada para determinar si la paciente presenta o no factores de riesgo para Hemorragia Postparto. Adicionalmente, la paciente debe ser interrogada respecto a cualquier creencia religiosa que pudiese conducirlo a una negativa a recibir transfusiones sanguíneas. Cualquier antecedente de reglas fuertes o de anomalías hemorrágicas debe anotarse cuidadosamente. En todas las mujeres, especialmente en las que tienen factores de riesgo identificados, la anemia debe corregirse antes del parto.

Las mujeres identificadas como de riesgo deberían dar a luz en un centro con facilidades para la transfusión sanguínea y con personal obstétrico y anestésico adecuadamente preparado. El parto prolongado debe evitarse si es posible. Cualquier agente anticoagulante utilizado durante el embarazo debe interrumpirse antes del inicio del parto. Hay que insertar un catéter intravenoso de gran calibre (por lo menos 18-G) una vez establecido el parto. Las pacientes con parto interrumpido, dificultoso o con infección intraamniótica intraparto también deben considerarse con riesgo de

⁵⁴ Óp. Cit. No. 8

desarrollar Hemorragia Postparto. Inmediatamente después del alumbramiento, deben administrarse fármacos uterotónicos y realizar masaje uterino para minimizar la posibilidad de hemorragia por atonía uterina. El tratamiento activo del tercer estadio del parto se ha demostrado que reduce el riesgo de Hemorragia Postparto. La reposición de fluidos debe ser puntual y adecuada.⁵⁵

COMPLICACIONES.

Las consecuencias más importantes de la Hemorragia Postparto grave incluyen shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada (CID), insuficiencia renal, insuficiencia hepática y síndrome de dificultad respiratoria del adulto, entre otros.⁵⁶ En los países de bajos ingresos, el estado nutricional deficiente, la imposibilidad de acceso al tratamiento, y el inadecuado cuidado intensivo y de las instalaciones de los bancos de sangre son factores adicionales que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad en estos países. Al no contar con una definición de Hemorragia Postparto de aceptación general, se desconoce la incidencia exacta de las complicaciones.⁵⁷

DIAGNOSTICO

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después. Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.⁵⁸

⁵⁵ Óp. Cit. No. 45

⁵⁶ Óp. Cit. No. 9

⁵⁷ Óp. Cit. No. 22

⁵⁸ Jiménez v., **Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia postparto**. ClinInvest GinObst.2011.doi:10.1016/j.gine.2010.11.003

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (Hemorragia Postparto verdadera). Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente. Para ello pueden tomarse como referencia los siguientes:

– Signos: TA sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave según la cifra tensional sea 100-80/ 80-70/ 70-50 respectivamente.

– Síntomas: indican hemorragia.

- Leve: debilidad, sudor, taquicardia.

- Moderada: palidez, oliguria.

- Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato⁵⁹

Guía De Estimación De Pérdida Sanguínea

Métodos	Pérdida Estimada
Colección de sangre en bolsa pre-calibrada o midiendo la sangre recolectada en cualquier receptáculo.	
Medidas directas:	
Gasa de 10 x 10 cm saturada	60 ml de sangre
Compresas de 30 x 30 cm saturada	140 ml de sangre
Compresas de 45 x 45 cm saturada	350 ml de sangre
Compresas de 18" x 18" saturadas	50 % ≈ 25 ml.
Compresas de 18" x 18" saturadas	75 % ≈ 50 ml.
Compresas de 18" x 18" saturadas 100 %	75 ml.
Compresas de 18" x 18" saturadas	>100 % ≈ 100 ml.
Sangre derramada en el piso 50 cm diámetro	500 ml
Sangre derramada en el piso 75 cm diámetro	1000 ml
Sangre derramada en el piso 100 cm diámetro	1500 ml

⁵⁹ Op. Cit. No. 5

Fuente: Secretaría de Salud de Honduras, Programa de Atención Integral a la Mujer. **Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal**, Tegucigalpa, Agosto de 2010, pp. 122

LAS CASAS MATERNAS: UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA

En Nicaragua, las tasas de mortalidad materna e infantil son altas. Los datos oficiales del Ministerio de Salud (MINSa) indican que la tasa de mortalidad materna es de 105 por cada 100.000 nacidos vivos (2007), mientras que la de mortalidad infantil para niños menores de 1 año es de 35 por cada 100.000 nacimientos (2005). Sin embargo, estas cifras se duplican en algunos de los departamentos más pobres del país y serían incluso mayores si no existiese un alto subregistro de casos de muertes maternas, que se calcula puede llegar hasta un 50%. La mortalidad materna representa cerca del 4% de todas las causas de muerte en Nicaragua (MINSa, 2005a), mientras que el porcentaje de partos atendidos por personal calificado es uno de los más bajos de América Latina.⁶⁰

Como respuesta a esta situación, el MINSa inicio el fortalecimiento de la participación social dirigida a disminuir la mortalidad materna y perinatal, retomando experiencias previas como las casas maternas (CAM). Las CAM son servicios de hospedaje de bajo costo cogestionadas por la sociedad civil, cuyo fin es alojar a las mujeres embarazadas de zonas rurales para garantizar un parto seguro mediante el acceso a servicios obstétricos profesionales proporcionados por un centro de salud u hospital cercano al cual debe estar vinculada la respectiva CAM.⁶¹

⁶⁰ Cortez, R. Las Casas Maternas en Nicaragua. Cuaderno No. 5 Banco Interamericano de Desarrollo. Banco Mundial. 2008

⁶¹ Óp. Cit. 60

La TMM nacional en Nicaragua fue de 86,5 para el año 2005. En los SILAIS se evidenció que los sitios con mayores niveles de pobreza presentan las TMM más elevadas: 2878,5 en la RAAN; 230,9 en Río San Juan; 198,9 en la RAAS, y 143,3 en Jinotega. Se trata de una situación que esencialmente no ha cambiado en el período analizado, además de que los departamentos mencionados son también los que exhiben las tasas más altas de mortalidad perinatal.

En Nicaragua se estima que por cada 50 mujeres que sufren complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, una de ellas fallece. En cambio esta relación es de 1:3000 en los países de mayor ingreso per cápita.

Los principios de las casas maternas son los siguientes:⁶²

- ✓ Gratuidad del servicio: La embarazada no pagará los servicios previstos en el presente reglamento, aunque se promoverá la colaboración voluntaria en especie y alimentos por tratarse de una forma social y cultural de expresar la compensación del servicio como una corresponsabilidad social.
- ✓ Solidaridad de la sociedad civil: La sostenibilidad de la estrategia depende de las iniciativas que desarrolle la sociedad civil, que aportará sus recursos para que las embarazadas de comunidades lejanas tengan la oportunidad de recibir los servicios de salud de forma oportuna, mejorando así la cobertura y la equidad.
- ✓ Colaboración interinstitucional: La casa materna llevará a cabo actividades de colaboración con instituciones estatales y no estatales para garantizar el uso adecuado del albergue y la canalización de la ayuda multisectorial.

⁶² Óp. Cit. 61

- ✓ Universalidad: La casa materna dará alojamiento a toda embarazada procedente de áreas de difícil acceso, sin distinción social, étnica, religiosa y política.

En términos generales, las casas maternas están funcionando bien y están cumpliendo con su objetivo de facilitar el acceso de las mujeres al parto institucional para evitar riesgos obstétricos que pueden terminar en muerte materna o infantil. Sin embargo, del estudio se deduce que hay todavía espacio para su mejora tanto su gestión como el entorno institucional en que se insertan.

El reto consiste entonces en plantear una estrategia global que ayude a reducir los embarazos en adolescentes, cuya cobertura de atención no supera el 35%. Esto implica fortalecer el trabajo de prevención, detección, atención y acompañamiento de casos de violencia intrafamiliar que llega a las CAM. A continuación se presentan las recomendaciones que surgen de este análisis.⁶³

1. Se requiere garantizar un flujo regular de recursos financieros por parte del Estado para que los gestores privados o mixtos de las CAM cumplan mejor con sus funciones, dentro del modelo de corresponsabilidad con la sociedad civil. Los gastos corrientes mínimos de las casas maternas se deben incorporar en el presupuesto fiscal anual.
2. Se necesita el apoyo técnico del Estado. Esto por cuanto la sociedad civil en las zonas pobres es muy débil y no está todavía suficientemente preparada para asumir una mayor responsabilidad técnica. En algunos casos no existen los comités de gestión, y en la mayoría de las experiencias observadas son muy débiles.

⁶³ Óp. Cit. 62

3. Se propone desarrollar un flujograma de riesgo obstétrico que incluya a las CAM como parte de la red de actores involucrados en la atención directa de la salud materna. De esta manera se determina el tipo y nivel de riesgo que puede ser manejado en las CAM, y sus requerimientos de atención. Sería de gran utilidad aclarar los criterios y procedimientos de referencia y contra referencia según niveles de riesgo obstétrico, así como las responsabilidades de cada uno de los actores (CAM, puestos de salud, centros de salud y hospitales). La articulación entre el nivel de atención primaria y secundaria de salud muestra debilidades e incide adversamente en el funcionamiento de las CAM municipales (asociadas a centros de salud con cobertura municipal), y de las CAM departamentales (asociadas a hospitales de referencia departamental), en cuanto a los procesos de remisión de pacientes, atención médica cotidiana (controles diarios) de las alojadas en las CAM, y atención del parto.

4. Se sugiere vincular a alguna actividad productiva a aquellas gestantes que requieren atención prolongada en las CAM. La remisión de mujeres embarazadas rurales sin riesgo obstétrico está generando estancias largas en las casas maternas. Si bien éstas son menos costosas que las hospitalarias, la permanencia prolongada allí genera mucha ansiedad en las mujeres. Se sugiere seguir otras experiencias internacionales, como por ejemplo la de las llamadas “casas maternas de la seda” en Laos, donde las gestantes trabajan en labores productivas relacionadas con la seda que las satisfacen.

5. Es necesario aumentar los recursos humanos y financieros de las CAM al ritmo de crecimiento de la demanda. El incremento en la demanda de parto institucional que se ha producido en los últimos años no ha sido

acompañado por un aumento proporcional en la oferta, en términos de recursos humanos y financieros. Tal situación ha tenido implicaciones adversas en el funcionamiento de las casas maternas, cuya capacidad actual no alcanza a cubrir sino un porcentaje de los partos esperados de mujeres provenientes de las áreas rurales. Esto sin contar con que no hay CAM en todos los municipios de las zonas del país donde se registran muertes maternas.

6. Sería recomendable instalar un sistema de garantía de calidad que comprenda la certificación de las CAM. Esto permitiría un mayor acercamiento entre el MINSA y las casas maternas, de modo que se asegure la capacitación continua de recursos humanos y el fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y monitoreo. Las casas maternas en Nicaragua.

7. Los SILAIS deberían involucrarse más en garantizar que las mujeres con riesgos obstétricos sean referidas de las CAM al hospital y no al centro de salud, y que sean monitoreadas de cerca por personal calificado del establecimiento de salud local, algo que no siempre sucede. Es preocupante el número de mujeres en puerperio que vuelven a sus casas inmediatamente después del parto, aunque hayan tenido una complicación identificada, lo cual aumenta el riesgo de muerte perinatal. Es conveniente que estas mujeres permanezcan en la casa materna después del parto y que, una vez hayan sido dadas de alta, se les haga un seguimiento por medio de agentes o promotores comunitarios de salud. Además sería útil realizar un análisis detallado de las muertes perinatales para determinar si las CAM pueden contribuir de algún otro modo a su reducción.

8. Se debe garantizar la sostenibilidad y continuidad de las brigadas médicas móviles, ya que han contribuido sustancialmente a remitir mujeres embarazadas a las casas maternas. Asimismo se debe divulgar mejor la existencia y los servicios que prestan las CAM, puesto que los resultados empíricos muestran que el conocimiento sobre su disponibilidad y localización son factores que aumentan la probabilidad de que se las utilice.

9. Es necesario promover los mecanismos de auditoría social de las CAM en el marco de la normatividad actual. Se debe involucrar más a la sociedad civil e instar a las autoridades municipales y representantes comarcales a promover adecuadamente los intereses sociales de una de las partes más vulnerables de su población. Para ello es necesario introducir tales mecanismos en el Reglamento de los Comités de Gestión de las CAM, de acuerdo con lo estipulado en el MAIS y a la política de salud reproductiva del MINSA.

10. Se propone un plan de desarrollo de recursos humanos que contenga los siguientes elementos:
 - Capacitar a los equipos gestores de las CAM para mejorar su desempeño en gestión administrativa y financiera, supervisión de sus equipos técnicos, coordinación interinstitucional y liderazgo. Se trata de lograr una mejor rendición de cuentas y aprovechar las alianzas con otras agencias en la zona donde operan.
 - Capacitar a los equipos técnicos de las CAM en promoción y prevención de salud, derechos y género, y métodos de educación de adultos. Esto para aprovechar mejor las oportunidades que se presentan con las mujeres atendidas y promover su potenciación y cambio de actitud en temas de salud preventiva. La probabilidad de

que una mujer reciba atención de parto institucional se incrementa cuando es ella quien toma la decisión en materia de atención de salud y no terceras personas (esposo o pariente). Por este motivo, es especialmente importante hacer que los hombres, considerados como los jefes de hogar, conozcan los beneficios que tiene para la salud de las mujeres embarazadas que viven en su hogar el acceso a controles prenatales y el parto institucional.

- Capacitar a los equipos de salud materno-infantil de los SILAIS y centros de salud municipales en la supervisión técnica de las CAM, con el fin de que hagan un seguimiento al personal de las mismas en la prestación de servicios. Para ello será necesario reforzar el equipo nacional de asesoría técnica del MINSA, de modo que pueda adiestrar y supervisar a los responsables de salud materno-infantil de los SILAIS.
- Integrar a la partera a la red de salud reproductiva y sexual, ya que todavía se registra una gran proporción de partos domiciliarios, especialmente en zonas muy aisladas y con población étnica. Su equipamiento y capacitación principalmente para reconocer las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, y para atender el parto cuando sea necesario son esenciales, así como su papel en la remisión al parto institucional.
- Intensificar la formación de personal de salud del nivel intermedio, ya que en el país hacen falta más enfermeras, sobre todo en las zonas rurales. También hay una gran carencia de enfermeras obstetras. La ausencia de mujeres en la atención antes, durante y después del parto constituye una barrera para las mujeres rurales, quienes prefieren ser atendidas por sus congéneres y no por hombres.

En general, se puede concluir que la estrategia de las casas maternas ha sido bastante exitosa, y que por tanto es razonable que el gobierno de

Nicaragua haya optado por expandirlas. Sin embargo, es necesario que este proceso de apoyo a las CAM se acompañe de la correspondiente inversión en el fortalecimiento de las capacidades locales y comunitarias, con una mayor participación de los SILAIS en el nivel departamental. De esta manera, la implementación eficiente y sostenibilidad de la estrategia de las casas maternas podría tomar un mayor impulso.⁶⁴

⁶⁴ Óp. Cit. 63

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El presente estudio fue de tipo descriptivo, corte transversal observacional de las pacientes menores de 20 años que presentaron Hemorragia Postparto en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el periodo de agosto del 2011 a julio del 2012.

Área de estudio:

El trabajo investigativo fué realizado en la sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado.

Tamaño de la muestra:

Se estimó el tamaño de la muestra de 540 mujeres que es el total de la población menor de 20 años que presenten hemorragia postparto y asisten a la sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el periodo del estudio.

Muestra:

Se utilizó la unidad de análisis aleatorio con un total de 540 mujeres menor de 20 años que presenten hemorragia postparto y asisten a la sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado.

La Unidad de Análisis

Son las mujeres menores de 20 años que presentaron hemorragia postparto en la sala de labor y parto del Hospital Gabriela Alvarado en el periodo de estudio.

Variables del estudio:

Objetivo No. 1 Características socio demográficas de las menores de 20 años que asisten a la sala de labor y parto de este centro hospitalario

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad

Objetivo No 2: Riesgos de hemorragia posparto conocidos en la población en estudio.

- Paridad
- Controles Prenatales
- Periodo Intergenésico
- Perdida Sanguínea (hemorragia en el primer y segundo trimestre del embarazo)
- Antecedentes patológicos de la madre
- Valoración nutricional
- Hijo Macrosómico
- Embarazo Gemelar
- Parto prolongado
- Retención placentaria

Objetivo No. 3: Tipo hemorragia postparto en las madres estudiadas.

- Clasificación de la Hemorragia Postparto
- Parto Vaginal
- Parto Cesárea

- Lesión del Tracto Genital
- Atonía Uterina
- Presentación anómala

Objetivo No 4: Abordaje brindado por el personal de salud en la población de estudio.

- Historia Clínica
- Tratamiento
- No. De controles realizados
- Exámenes de laboratorio
- Patologías maternas con tratamiento.
- Valoraciones por el Especialista
- Personal que atendió el parto

Criterio de selección:

Total de la población menor de 20 años que presenten hemorragia postparto y asisten a la sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado, Danli, El Paraíso durante el periodo de agosto del 2011 a julio del 2012

- **Criterios de inclusión:** Se seleccionaron para la muestra de estudio, el método aleatorio en la población menor de 20 años que presento hemorragia postparto y asistieron a la sala de Labor y Parto Hospital Gabriela Alvarado, Danli, El Paraíso durante el periodo de agosto del 2011 a julio del 2012, y que accedan a participar en el estudio.
- **Criterios de exclusión:** Negatividad a participar en el estudio.
Pacientes con Hemorragia Postparto mayores de 20 años.

Fuente y obtención de datos

La fuente de información primaria la entrevista y ficha. La fuente secundaria el expediente medico

Técnicas

El método utilizado para la recolección de la información fue la revisión del expedientes, entrevista directa y encuesta con parámetros para identificar la prevalencia de hemorragia postparto en pacientes menores de 20 años, los factores de riesgo, causas de la hemorragia postparto, el tipo de hemorragia postparto presentado según el tipo de parto, perdida sanguínea, complicaciones y tratamiento utilizado en la población estudiada, mencionar las manifestaciones clínicas. Y se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema a investigar.

Procesamiento y Análisis de los Resultados

Una vez recolectada la información, se procedió a crear una base de datos, la cual es sometida a limpieza y posterior análisis. Se uso el programa Epi info para Windows versión 3.02 para el análisis estadístico. Los resultados de la investigación son interpretados y posteriormente se socializaron los mismos.

El análisis de los datos se llevo a cabo de acuerdo a la naturaleza de las variables:

Las V. cuantitativas fueron analizadas mediante medidas de tendencia central y variabilidad.

Las V. cualitativas mediante distribución de frecuencias.

Trabajo de campo

Para efectuar la recolección de la información se realizarán las siguientes actividades: Se solicito autorización al Director del Hospital Gabriela

Alvarado, para la revisión de los expedientes, y a los pacientes que se encuentren ingresadas en el momento de la obtención de los datos, al igual que la Encargada de Estadística.

Operacionalización de Variables

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	CATEGORÍA VALORES		ESCALA
Edad	Número de años, cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha.	No. de años cumplidos	15 - 17 años 18 - 20 años	.	Continua de razón
Estado Civil	Condición conyugal ante la sociedad al momento de realizar al entrevista	Estado conyugal		Unión libre Casada Soltera	Nominal
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la madre al momento de la entrevista.	Nivel escolar		Analfabeto Primaria Técnico Secundaria Universitaria	Ordinal
Procedencia	Lugar de residencia de la persona.	No. de personas según de donde proceda.		Rural Urbano	Nominal
Paridad	número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20	Historia de paridad		Si No	Nominal
Múltipara	Se dice de la mujer que ha tenido varios partos.	Historia de paridad		Si No	Nominal
Nulípara	Que no ha tenido partos	Historia de paridad		Si No	Nominal
Cesarea	Es un procedimiento quirúrgico que	Historia de paridad		Si No	Nominal

	consiste en la extracción del feto y la placenta.				
Abortos	Es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto.	Historia de paridad		Si No	Nominal
Óbito	Muerte fetal en el útero materno antes de su nacimiento.	Historia de paridad		Si No	Nominal
Controles Prenatales	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	Numero de controles puerperales	1 – 4 Mayor de 5 Ninguno		Ordinal
Periodo intergenesico	Espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo	Meses que corresponden al periodo intergenesico	Menor de 18 m. Menor de 2 a. Mayor de 2 a.		Ordinal
Antecedentes Patológicos	Lista de enfermedades que ha padecido.	Preeclampsia Hipertensión Arterial Crónica Diabetes Eclampsia Hemorragia Postparto anteriores Obesidad		Si No Si No Si No Si No Si No	Nominal
Pérdida Sanguínea	La hemorragia es la salida de sangre fuera de su normal continente que es el sistema cardiovascular	Cantidad de perdida sanguínea post parto	< de 500 ml 500 ml - 1000 ml > de 1000 ml		Ordinal (de razón)

Valoración Nutricional	Es aquella que nos permite determinar el estado nutricional de un individuo y pronosticar los posibles riesgos de salud	Índice de masa corporal	27 – 29.9 30 - 34.9 35 – 39.9 Más de 40		Ordinal (de razón)
Embarazo	Periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto	Tipo de Embarazo		Único Múltiple	Nominal
Parto	También llamado nacimiento es la culminación del embarazo y el periodo de salida del bebé del útero materno.	Tipo de parto Tipo de Trabajo de parto Presentación del producto Atención del parto Tiempo de Alumbramiento		Vaginal Cesaria Rápido Prolongado Cefálica Podálica Transverso Medico Enfermera Especialista	Nominal Nominal Nominal Nominal Ordinal

Clasificación de Hemorragia Postparto	La hemorragia posparto puede ser dividida en 2 tipos: la hemorragia postparto temprana, que ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto, y la hemorragia postparto tardía, que ocurre 24 horas a 6 semanas después del parto.	Tipo de Hemorragia post parto		- primaria o temprana - secundaria o tardía	Nominal
Etiología	En Medicina la etiología es el estudio de las causas de las enfermedades.	Causas de la Hemorragia Postparto		Si No	Nominal
Atonía Uterina	Pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero.			Si No	Nominal
Lesión Genital	Es una lesión a los órganos sexuales femeninos, especialmente los externos.			Si No	Nominal
Retención Placentaria	Padecimiento en el que las envolturas fetales no son eliminadas mediante un proceso natural dentro de las primeras 24 h posparto. Las membranas fetales			Si No	Nominal

	son expulsadas 3 a 4 horas posparto.				
Historia Clínica	Síntomas de una infección o alteración fisiológica	Signos y síntomas que presentaron las pacientes con hemorragia post parto		Si No	Nominal
Presión Arterial	Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias.			Si No	Nominal
Debilidad	Escasez de fuerza o de resistencia físicas.			Si No	Nominal
Sudor	Secreción de las glándulas sudoríparas de la piel.			Si No	Nominal
Taquicardia	Generalmente se define como el incremento mantenido de la frecuencia cardiaca por encima de 100 latidos por minuto.			Si No	Nominal
Shock	Choque nervioso o circulatorio producido por una impresión, descarga eléctrica, etc.			Si No	Nominal
Falla renal con anuria	Se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de			Si No	Nominal

síndrome de sheehan	desecho de la sangre adecuadamente. Es una afección que puede presentarse en una mujer que tenga una hemorragia grave durante el parto.			Si No	Nominal
Tratamiento	Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos (véase fisioterapia) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico. Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo.	Tratamiento de las patologías maternas		Si No	Nominal
		Tratamiento indicado a la paciente con hemorragia post parto		Si No	Nominal
		Realización de exámenes de laboratorio		Si No	Nominal
		Valoración por especialista		Si No	Nominal

VIII. RESULTADOS

Se estudiaron quinientas cuarenta (540) pacientes menores de 20 años que asistieron a la sala de Labor y Parto y presentaron Hemorragia Postparto, del Hospital Gabriela Alvarado, Danli, El Paraíso, Honduras entre Agosto 2011 a Julio de 2012

La edad de los pacientes que asistieron a labor y parto: El 70.3% (380) tenían de 18 a 20 años, 29.6% (160) tenían 15 a 17 años de edad. (Ver Tablas 1).

El estado civil de los pacientes fue: el 66.6% (360) unión libre, 26.0% (140) solteras, y solo un 7.4% (40) casadas. La escolaridad fue secundaria 37% (200), primaria 48.1% (260), 11.1% (60) son técnicas y el 3.7% (20) son universitarias. (Ver Tabla 2 y 3).

La procedencia de los pacientes el 55.5% (300) son del área rural y el 44.5% (240) son del área urbana. La historia de paridad fue de 50.0% (270) multíparas, 37.0% (200) nulíparas, 5.5% (30) tuvieron cesareas y abortos respectivamente, y el 1.8% (10) óbitos. (Ver Tabla No.4 y 5).

De acuerdo a las pacientes tuvieron periodo intergenesico corto estas representaron el 70.4% (380), y en un 29.6% (160) un periodo intergenesico de más de 2 años. Al indagar en el numero de controles prenatales estas pacientes un 51.8% (280) asistieron a menos de 4 controles, el 29.6% (160) a mas de 4 controles y un 18.5% (100) no asistieron a ningún control prenatal. (Ver Tabla 6 y 7)

Las pacientes en sus antecedentes personales patológicos informaron que el 38.8% (210) no tienen antecedentes patológicos, el 14.8% (80) obesidad,

11.1% (60) eclampsia, 5.5% (30) Preeclampsia y solo el 3.7% (20) hemorragias postparto anteriores. De esta pacientes solo el 75% (150) si recibieron tratamiento de su patología en el embarazo y un 25% (50) no. El índice de masa corporal encontrado en las pacientes de estudio el 46.2% (250) se encuentran el sobrepeso, el 27.7% (150) obesidad grado I, 22.2% (120) en peso normal y solo el 3.7% (20) en obesidad grado II. (Ver Tabla 8, 9 y 10)

En estas pacientes el tipo de parto fue vaginal 92.5% (500) y cesarea 7.5% (40) en su totalidad. En el tipo de embarazo actual el 77.7% (420) único, y un 22.3% (120) múltiples. La atención del parto de las mismas fue de 70.3% (380) por medico general, un 18.5% (100) por médico especialista y un 11.1% (60) por enfermera profesional. (Ver Tabla 11, 12 y 13)

De acuerdo a los síntomas que presentaron las pacientes que indicaron hemorragia postparto se encontró un 35.1% (190) sudor frio, 24% (130) presentaron debilidad y taquicardia moderada respectivamente, 14.8% (80) con palidez de mucosas y solo el 1.8% (10) oliguria grave. En cuando al abordaje practicado a las pacientes un 98.1% (530) fue medico y un 1.9% (10) quirúrgico. En un 81.4% (440) tuvieron afección hemodinámica y un 18.5% (100) no. En la estimación de la perdida sanguínea durante el parto un 46.2% (250) fue de 500 a 1,000 ml, un 27.7% (150) más de 1,000 ml, y un 25.9% (140) menos de 500 ml. (Ver Tabla 14 al 17)

El trabajo de parto de estas pacientes fue rápido o expulsivo en un 62.9% (340) y parto prolongado en un 37.1% (200). El tiempo de alumbramiento de la placenta el 87% (470) menor de 30 minutos y un 12.9% (70) mayor de 30 minutos. (Ver Tabla 18 y 19)

El cuanto al tratamiento indicado a las pacientes con hemorragia postparto el 44.4% (240) fueron tratadas con oxitocina, el 22.2% (120) ligadura de arterias uterinas, y el 16.6% (90) usaron prostaglandinas y ligadura de arterias ováricas respectivamente. Se realizaron exámenes de laboratorio solo en 81.4% (440) y en un 18.5% (100) no. El 55.5% (300) si fueron valoradas por medico especialista antes y después del parto y un 44.4% (240) no fueron valoradas por el especialista. (Ver Tabla 20 al 22)

En el expediente se consigno en las causas de la hemorragia postparto un 44.4% (240) lesión del canal del parto, un 37% (200) restos placentarios y un 18.5% (100) atonía uterina. Así como el tipo de hemorragia postparto consignado en el expediente se encontró un 55.5% (300) primaria o temprana y un 44.4% (240) secundaria o tardía. (Ver Tabla 23 y 24).

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Es un hecho evidente que la preocupación por la salud de los adolescentes ha ido ganando en interés y adeptos a nivel mundial en los últimos tiempos, y que progresivamente se ha comenzado a tomar conciencia sobre los problemas relacionados con los jóvenes, de forma tal que desde 1988 se iniciaron intensas discusiones técnicas al respecto en el seno de la Organización Mundial de la Salud.⁶⁵

El promedio de edad predominante de la población en estudio oscila entre los 18 a 20 años, que comparando con la literatura manifiesta que en las mujeres menores de 17 años son más propensas a hemorragia postparto⁶⁶ la mayor parte de su estado civil es el de unión libre, coincidiendo con la literatura que estas madres adolescentes carecen de un vínculo matrimonial estable. Con una escolaridad predominante de la secundaria completa, seguido educación primaria completa. En cuanto a la procedencia se encontró que la mayoría es del área rural.

La historia de paridad promedio son multíparas, coincidiendo con la literatura encontrada. De acuerdo a las pacientes tuvieron periodo intergenesico corto estas representando un alto riesgo. Al indagar en el número de controles prenatales estas pacientes la mayor parte asistieron a menos de 4 controles.

Las pacientes en sus antecedentes personales patológicos las más frecuentes fueron obesidad, eclampsia, Preeclampsia y hemorragias

⁶⁵ Paz M., Cruzat H., El embarazo en edades tempranas, algunas consideraciones al respecto. Revista Cubana de Enfermería 1999; 15(1): 22 - 27

⁶⁶ La Fontaine E., Sánchez M. Algunos Factores de Riesgo y Complicaciones del Embarazo y el Parto asociados a la Macrosomía Fetal. Archivo Medico de Camagüey, Vol. 9, Núm. 6, 2005. Camagüey, Cuba

postparto anteriores. De esta pacientes solo un porcentaje de las pacientes si recibieron tratamiento de su patología en el embarazo.

En estas pacientes el tipo de parto fue vaginal en su totalidad La atención del parto de las mismas fue de por medico general principalmente seguido por médico especialista.

De acuerdo a los síntomas que presentaron las pacientes que indicaron hemorragia postparto sudor frio, debilidad y taquicardia moderada son las mas frecuentes. En cuando al abordaje practicado a las pacientes sigue siendo médico en comparación al quirúrgico En la estimación de la perdida sanguínea durante el parto un mayor porcentaje se encuentra entre 500 a 1,000 ml, las pérdidas hemáticas en el parto no superan volúmenes de 500 ml siendo un poco mayores en caso de cesárea. Estos volúmenes resultan habitualmente subvalorados por estimación visual, contribuyendo al tardío reconocimiento de una situación de hipovolemia inicia)

El trabajo de parto de estas pacientes fue rápido o expulsivo aumentando así el riesgo de hemorragia postparto. El tiempo de alumbramiento de la placenta que mayor frecuencia presento fue el de menos de 30 minutos.

El cuanto al tratamiento indicado a las pacientes con hemorragia postparto fueron tratadas con oxitocina, y en menor frecuencia ligadura de arterias uterinas, y el uso de prostaglandinas y ligadura de arterias ováricas siguiendo las normas de atención a la mujer embarazadas implementadas en el país. Solo un poco más de la mitad de las pacientes fueron valoradas por médico especialista evidenciando la falta de personal especialista en el hospital delegando funciones como estas a los médicos generales.

En el expediente se consigno en las causas de la hemorragia postparto, lesión del canal del parto como principal causa que no coincide con la literatura que afirma que es la atonía uterina primera causa. El tipo de hemorragia postparto consignado en el expediente en su mayoría fue primaria o temprana coincidiendo con la literatura.

X. CONCLUSIONES

1. La mayoría de población tenían edades de 18 a 20 años, procedencia rural, con una escolaridad de secundaria completa, que viven en unión libre.
2. Los riesgos conocidos en el estudio que causaron hemorragia post parto fueron multiparidad, periodo intergenesico corto, que recibieron menos de 4 controles prenatales, antecedentes personales patológicos más frecuentes: obesidad, eclampsia, Pre eclampsia, en su mayoría con sobrepeso, su trabajo de parto fue rápido.
3. El tipo de hemorragia postparto presentado con mayor frecuencia fue primaria o temprana, el tipo de parto fue vaginal, con presentación cefálica, con un mínimo porcentaje.
4. Al indagar en la historia clínica de la paciente, se encontró que en su mayoría recibieron tratamiento medico con oxitocina y solo un mínimo recibió tratamiento quirúrgico, no a todas las pacientes se le realizaron exámenes de laboratorio y tampoco en su totalidad fueron evaluadas antes y después del parto por medico especialista. Y las pacientes fueron atendidas por medico general en un gran porcentaje.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Realizar campañas de educación continúa sobre el embarazo y los riesgos en especial a las adolescentes tanto del área rural como urbana, para concientizar en que tienen que asistir a los centros de salud en cuanto sospechen un embarazo y así disminuir los riesgos y complicaciones.

Al Personal del Hospital Gabriela Alvarado

2. Dar charlas antes de dar de alta a las pacientes sobre planificación familiar y disminuir los riesgos que pueden llevar un embarazo antes de los 2 años después del parto actual, que asistan al médico especialista cuando tengan una enfermedad crónica de base y así ayudar a tener un embarazo con menos complicaciones.
3. Elaborar roles de visitas a los médicos especialistas para que puedan brindarle atención personalizada a todas las pacientes que lleguen a la sala de labor y parto, para detectar los riesgos inmediatos que puedan presentar las pacientes que las predispongan a una hemorragia post parto temprana.
4. Socializar las normas de atención a la mujer embarazada de la secretaria de salud de honduras con el personal de labor y parto tanto medico como de enfermería para que manejen a la perfección el protocolo de manejo al presentarse una hemorragia postparto, tanto manejo médico como quirúrgico y evitar la mortalidad materna.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Abalos E, Asprea I, García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Ministerio de Salud de la Nación Argentina [en línea] 2006 Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf
2. Aristizábal J., Gómez G., Lopera J., Orrego L., Restrepo C., col. **Paciente Obstétrica De Alto Riesgo: ¿Dónde Debe Realizarse Su Cuidado Periparto?** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.2 • 2005 • (166-175)
3. Calle A., Barrera M., Guerrero A. Diagnostico y manejo de la Hemorragia Postparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2008; 54:233-243
4. Cunningham FG, Mac Donald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Williams Obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 771-81, 797-801
5. Editorial. **Tras El Cumplimiento Del 5º Objetivo Del Milenio: Mortalidad Materna**, Chile 2007 Rev. chil obstet ginecol 2010; 75(1): 1- 2.
6. Eisele G., Somonelli D., Galli E., Alvarado A., Malvino E., Martínez M., **Hallazgos Angiográficos y Resultados de la Embolización Arterial Uterina en Hemorragias Graves del Postparto. Arteriografía y Embolización de la Hemorragia Postparto.** RAR Vol.71 (4) 2007
7. Fonseca E. Balón De Bakri **En Hemorragia Postparto En Medellín (Colombia): Reporte De Caso Y Revisión De La Literatura.** Medellín (Colombia). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 4 • Octubre-Diciembre 2010 • (335-340)
8. González R., **Salud Materno-Infantil En Las Américas.** Rogelio P. Rev Chil Obstetric Ginecol 2010; 75(6): 411 – 421

9. Jiménez v., **Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia postparto**. ClinInvest GinObst.2011.doi:10.1016/j.gine.2010.11.003
10. Karlsson H, Pérez C. **Hemorragia postparto**. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 159-167
11. La Fontaine E., Sánchez M. **Algunos Factores de Riesgo y Complicaciones del Embarazo y el Parto asociados a la Macrosomía Fetal**. Archivo Medico de Camagüey, Vol. 9, Núm. 6, 2005. Camagüey, Cuba
12. Martínez J., **Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento**. Matronas Prof. 2009; 10 (4): 20-26
13. Mousa HA, Alfirevic Z. **Tratamiento para la hemorragia postparto primaria**. Cochrane Plus, 2008, Número 2 Copyright © John Wiley & Sons Ltd. Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003249>
14. Oyelese Y., Scorza W., Mastrolia R., Smulian J. **Hemorragia postparto** Obstet Gynecol Clin N Am 34 (2007) 421 – 441
15. Paz M., Cruzat H., El embarazo en edades tempranas, algunas consideraciones al respecto. Revista Cubana de Enfermería 1999; 15(1): 22 - 27
16. Piloto M., Cruz D., Águila S., González A., **Impacto materno del manejo activo del alumbramiento**. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(3)322-332
17. Protocolos SEGO. Hemorragia Postparto Precoz. Programa Ginecología y Obstetricia de España. 2008; 51 (8): 497-505
18. Posadas F., **Uso de la carbetocina para prevenir la hemorragia obstétrica**. Ginecol Obstet Mex 2011;79(7):419-427
19. Rivero M., Avanza M., Alegre M., Feu M., Valsecia M., col. **Incidencia, Factores de Riesgo y Tratamiento**. Argentina, 2005 **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.¡Error! Referencia**

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/198>. RIOBAMBA-
ECUADOR 2009

24. Cortez, R. Las Casas Maternas en Nicaragua. Cuaderno No. 5 Banco Interamericano de Desarrollo. Banco Mundial. 2008

ANEXOS

Anexo No.1

Consentimiento

Buenos días, mi nombre es....., soy estudiante de la Maestría de Salud Pública, estoy realizando un estudio de **HEMORRAGIA POSPARTO PRESENTADO EN PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS EN LA SALA DE LABOR Y PARTO DEL HOSPITAL GABRIELA ALVARADO**. Le haré unas preguntas y la información que usted me brinde es estrictamente confidencial. Su colaboración al contestarme es de mucha importancia.

Anexo No. 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

**HEMORRAGIA POSTPARTO PRESENTADO EN PACIENTES MENORES DE 20
AÑOS EN LA SALA DE LABOR Y PARTO DEL HOSPITAL GABRIELA
ALVARADO DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO DEL 2011 A JULIO 2012**

Consentimiento

Buenos días, mi nombre es **Cruz Aracely Rodríguez Núñez** soy estudiante de la Maestría de Salud Pública, estoy realizando un estudio de **HEMORRAGIA POSTPARTO PRESENTADO EN PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS EN LA SALA DE LABOR Y PARTO DEL HOSPITAL GABRIELA ALVARADO**. Le haré unas preguntas y la información que usted me brinde es estrictamente confidencial. Su colaboración al contestarme es de mucha importancia

I. Información General

1.1 Edad:

- a. 15 a 17 años
- b. 18 a 20 años

1.2 Estado Civil:

- a. Soltera (o)
- b. Casada (o)
- c. Unión Libre

1.3 Escolaridad (especificar el año en el cuadro correspondiente)

- a. Analfabeto
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Técnico
- e. Universitario

1.4 Procedencia

Urbana

Rural

II. Antecedentes Gineco Obstétrica

2.1 Historia de Paridad

- a. Nulípara _____
- b. Multípara _____
- c. Cesareas _____
- d. Abortos _____
- e. Óbitos _____

2.2 Fecha de su Último Parto _____

2.3 Periodo Intergenesico de:

- a. Menor de 18 meses
- b. Menor de 2 años
- c. Mayor de 2 años

2.4 Numero de Controles Prenatales:

- a. 1 a 4 _____
- b. Mayor de 4 _____
- c. Ninguno _____

2.5 Antecedentes Patológicos Personales:

- a. Preeclampsia _____
- b. Hipertensión Arterial Crónica _____
- c. Diabetes _____
- d. Eclampsia _____
- e. Hemorragias Post parto anteriores _____
- f. Obesidad _____

2.6 Si la paciente tuvo alguna de las patologías anteriores durante el embarazo actual recibió tratamiento

- a. Si
- b. No

2.7 Valoración nutricional

Peso_____ Talla_____

2.8 IMC

- a. < 25
- b. 25 – 30
- c. 30 – 35
- d. Más de 35

2.9 Tipo de Parto Actual:

- a. Vaginal _____
- b. Cesarea _____

2.10 Tipo de embarazo

- a. Único
- b. Múltiple

2.11 La atención del parto fue de:

- a. Médico
- b. Enfermera
- c. Especialista

III. Post Parto Inmediato

3.1 Presión Arterial en el Post parto inmediato: _____

3.2 Peso del Producto al nacer: _____

3.3 Síntomas que presentaron las pacientes que indican Hemorragia:

- a. Debilidad
- b. Sudor frio

- c. Taquicardia moderada
- d. Palidez de mucosas
- e. Oliguria grave
- f. Shock
- g. Falla renal con anuria
- h. síndrome de sheehan en el puerperio inmediato

3.4 Abordaje indicado en la paciente con hemorragia postparto

- a. Médico
- b. Quirúrgico

Anexo No. 3
Guía Revisión de Expediente

INSTRUCCIONES: Revise los expedientes de las pacientes que presentaron Hemorragia Post parto menores de 20 años, y conteste las siguientes preguntas:

1. Hubo afección hemodinámica en la paciente:
 - a. Si
 - b. No
 - c. SD
2. Cantidad de perdida sanguínea post parto consignada en el expediente:
 - a. Menos de 500 ml
 - b. 500 – 1000 ml
 - c. Mayor de 1000 ml
 - d. SD
3. El Trabajo de parto fue:
 - a. Rápido
 - b. Prolongado
 - c. SD
4. La presentación del producto en el parto fue de:
 - a. Cefálica
 - b. Podálica
 - c. Transverso
 - d. SD
5. Tiempo de alumbramiento de la Placenta
 - a. 5 a 15 minutos
 - b. Hasta 18 minutos
 - c. Después de 30 minutos
 - d. SD

6. Tratamiento indicado a la paciente consignado en el expediente:
- a. Oxitocina
 - b. Prostaglandinas
 - c. Ligadura de arteria uterinas
 - d. Ligadura de arterias ováricas
 - e. Histerectomía
 - f. Sutura de B-Lynch
 - g. Taponamiento Uterino
 - h. Taponamiento de la pelvis
 - i. Umbilicación de la arteria uterina y arteria iliaca interna.
 - j. SD
7. Se realizaron exámenes le laboratorio pre y postparto
- a. Si
 - b. No
 - c. SD
8. La paciente fue valorada por el especialista antes y después del parto
- a. Si
 - b. No
 - c. SD
9. Causas de la Hemorragia Post Parto consignado en el expediente:
- a. Lesión del canal del parto
 - b. Atonía uterina
 - c. Restos placentarios
 - d. SD
10. Tipo de Hemorragia Post Parto consignado en el expediente:
- a. Primaria o temprana (primeras 24 horas del parto)
 - b. Secundaria o tardía (24 horas a 6 semanas post parto)
 - c. SD

Anexo No. 4

GUIA DE REVISION DOCUMENTAL

Identificación:

Revisión Documental de publicaciones sobre Factores relacionados con la Hemorragia Post Parto presentado en pacientes menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado, implementada en Danlí, El Paraíso, Honduras.

Objetivo de la Actividad:

Recopilar datos sobre Factores relacionados a la Hemorragia Post Parto en menores de 20 años.

Definición:

Con la Revisión Documental se recopiló la siguiente información:

- Características de la población beneficiaria
- Factores de riesgo, causas de la hemorragia posparto
- Tipo de hemorragia posparto presentado según el tipo de parto, perdida sanguínea, complicaciones y tratamiento.
- Manifestaciones clínicas de la hemorragia posparto.

Listado de Fuentes a Consultar:

Bibliográficas:

- Fonseca E. Balón De Bakri **En Hemorragia Posparto En Medellín (Colombia): Reporte De Caso Y Revisión De La Literatura**. Medellín (Colombia). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 4 • Octubre-Diciembre 2010 • (335-340)
- Secretaria de Salud de Honduras, Programa de Atención Integral a la Mujer. **Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal**, Tegucigalpa, Agosto de 2010, pp. 119-137

- Eisele G., Somonelli D., Galli E., Alvarado A., Malvino E., Martínez M., **Hallazgos Angiográficos y Resultados de la Embolización Arterial Uterina en Hemorragias Graves del Posparto. Arteriografía y Embolización de la Hemorragia Posparto.** RAR Vol.71 (4) 2007
- Aristizábal J., Gómez G., Lopera J., Orrego L., Restrepo C., col. **Paciente Obstétrica De Alto Riesgo: ¿Dónde Debe Realizarse Su Cuidado Periparto?.** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.2 • 2005 • (166-175)
- Karlsson H, Pérez C. **Hemorragia postparto.** An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 159-167
- Oyelese Y., Scorza W., Mastrolia R., Smulian J. **Hemorragia posparto** Obstet Gynecol Clin N Am 34 (2007) 421 – 441
- González R., **Salud Materno-Infantil En Las Américas.** Rogelio P.Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(6): 411 – 421
- Posadas F., **Uso de la carbetocina para prevenir la hemorragia obstétrica.** Ginecol Obstet Mex 2011;79(7):419-427
- Editorial. **Tras El Cumplimiento Del 5º Objetivo Del Milenio: Mortalidad Materna,** chile 2007 rev chil obstet ginecol 2010; 75(1): 1- 2.
- Martínez J., **Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento.** Matronas Prof. 2009; 10 (4): 20-26
- Piloto M., Cruz D., Águila S., González A., **Impacto materno del manejo activo del alumbramiento.** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(3)322-332

- Zea J. **Complicaciones Obstétricas en Adolescente Atendidas En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital José María Velasco Ibarra En El Periodo Agosto 2008 - Julio 2009.** <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/198>. RIOBAMBA-ECUADOR 2009

- Mousa HA, Alfirevic Z. **Tratamiento para la hemorragia postparto primaria.** Cochrane Plus, 2008, Número 2 Copyright © John Wiley & Sons Ltd. Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003249>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN – Managua)
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES

“Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012”

Anexo 5: Tablas

Tabla No. 1 Edad

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
15-17	160	29.6%
18 - 20	380	70.3%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No. 2 Estado Civil

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
CASADA	40	7.4%
SEPARADA	0	0%
SOLTERA	140	26.0%
UNION LIBRE	360	66.6%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.3 Escolaridad

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	260	48.1%
SECUNDARIA	200	37.0%
TECNICO	60	11.1%
UNIVERSITARIO	20	3.7%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.4 Procedencia

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	300	55.5%
URBANA	240	44.5%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.5 Historia de Paridad

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

Historia de Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	200	37.0%
Múltipara	270	50.0%
Cesareas	30	5.5%
Abortos	30	5.5%
Óbitos	10	1.8%

Total	540	100.0%
-------	-----	--------

Fuente: Cuestionario

Tabla No.6 Periodo Intergenesico

Riesgo relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

Periodo Intergenesico	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 2 años	380	70.4%
Mayor de 2 años	160	29.6%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.7 Controles Prenatales

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

CONTROLES PRENATALES	Frecuencia	Porcentaje
1 - 4	280	51.8%
Mayor de 4	160	29.6%
Ninguno	100	18.5%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.8 Antecedentes Patológicos Personales
 Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
 en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
 de Agosto del 2011 a Julio del 2012

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	Frecuencia	Porcentaje
PREECLAMPSIA	30	5.5%
HIPERTENSION ARTERIAL	100	18.5%
DIABETES	40	7.4%
ECLAMPSIA	60	11.1%
HPP ANTERIORES	20	3.7%
OBESIDAD	80	14.8%
NINGUNA	210	38.8%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

**Tabla No.9 Recibieron Tratamiento de esa
Patología en el Embarazo**
 Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
 en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
 de Agosto del 2011 a Julio del 2012

RECIBIERON TRATAMIENTO DE ESA PATOLOGIA EN EL EMBARAZO	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	75%
No	50	25%
Total	200	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.10 IMC

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

IMC	Frecuencia	Porcentaje
27 – 29.9	120	22.2%
30 – 34.9	250	46.2%
35 – 39.9	150	27.7%
MÁS de 40	20	3.7%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.11 Tipo de Parto

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

TIPO DE PARTO	Frecuencia	Porcentaje
VAGINAL	500	93%
CESARIA	40	7%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.12 Tipo de Embarazo

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

TIPO DE EMBARAZO	Frecuencia	Porcentaje
UNICO	420	77.7%
MULTIPLE	120	22.3%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.13 Atención del Parto

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

ATENCION DEL PARTO	Frecuencia	Porcentaje
ENFERMERA	60	11.1%
MEDICO GENERAL	380	70.3%
ESPECIALISTA	100	18.5%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.14 Síntomas que presentaron las pacientes que indican Hemorragia

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

Síntomas que presentaron las pacientes que indican Hemorragia	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	130	24.0%
Sudor frio	190	35.1%
Taquicardia moderada	130	24.0%
Palidez de mucosas	80	14.8%
Oliguria grave	10	1.8%
Shock	0	0%
Falla renal con anuria	0	0%
síndrome de sheehan en el puerperio inmediato	0	0%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.15 Abordaje indicado en la paciente con hemorragia postparto
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
de Agosto del 2011 a Julio 2012

ABORDAJE INDICADO EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA POSTPARTO	Frecuencia	Porcentaje
MEDICO	530	98.1%
QUIRURGICO	10	1.9%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.16 Hubo afección Hemodinámica en la Paciente
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
de Agosto del 2011 a Julio del 2012

HUBI AFECCIÓN HEMODINAMICA EN LAS PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
Si	440	81.4%
No	100	18.5%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.17 Perdida Sanguínea

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

PERDIDA SANGUINEA	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 500 ML	140	25.9%
500 – 1000 ML	250	46.2%
MAYOR DE 1000 ML	150	27.7%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.18 Trabajo de parto fue

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

TRABAJO DE PARTO	Frecuencia	Porcentaje
RAPIDO	340	62.9%
PROLONGADO	200	37.1%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.19 Tiempo de Alumbramiento de la Placenta

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012

TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA	Frecuencia	Porcentaje
Antes de 30 minutos	470	87.0%
Después de 30 minutos	70	12.9%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.20 Tratamiento Indicado a las pacientes
 Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
 en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
 de Agosto del 2011 a Julio del 2012

Tratamiento Indicado a las Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
OXITOCINA	240	44.4%
PROSTAGLANDINAS	90	16.6%
LIGADURA DE ARTERIAS UTERINAS	120	22.2%
LIGADURA DE ARTERIAS OVÁRICAS	90	16.6%
HISTERECTOMIA	0	0%
SUTURA DE B-LYNCH	0	0%
TAPONAMIENTO UTERINO	0	0%
TAPONAMIENTO DE LA PELVIS	0	0%
UMBILICACIÓN DE LA ARTERIA UTERINA Y ARTERIA ILIACA INTERNA	0	0%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.21 Se realizaron exámenes le laboratorio pre y postparto
 Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
 en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
 de Agosto del 2011 a Julio del 2012

Se realizaron exámenes le laboratorio pre y postparto	Frecuencia	Porcentaje
Si	440	81.4%
No	100	18.5%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.22 La paciente fue valorada por el Especialista
Antes y después del parto
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
de Agosto del 2011 a Julio 2012

LA PACIENTE FUE VALORADA POR EL ESPECIALISTA ANTES Y DESPUÉS DEL PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Si	300	55.5%
No	240	44.4%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.23 Causas de la Hemorragia consignado en el Expediente
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
de Agosto del 2011 a Julio del 2012

Causas de la Hemorragia Consignado en el Expediente	Frecuencia	Porcentaje
Lesión del Canal del parto	240	44.4%
Atonía Uterina	100	18.5%
Restos Placentarios	200	37.03%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

Tabla No.24 Tipo de Hemorragia Postparto consignado en el expediente
 Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
 en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
 de Agosto del 2011 a Julio 2012

TIPO DE HEMORRAGIA POSTPARTO CONSIGNADO EN EL EXPEDIENTE	Frecuencia	Porcentaje
Primaria o Temprana	300	55.5%
Secundaria o Tardía	240	44.4%
Total	540	100.0%

Fuente: Cuestionario

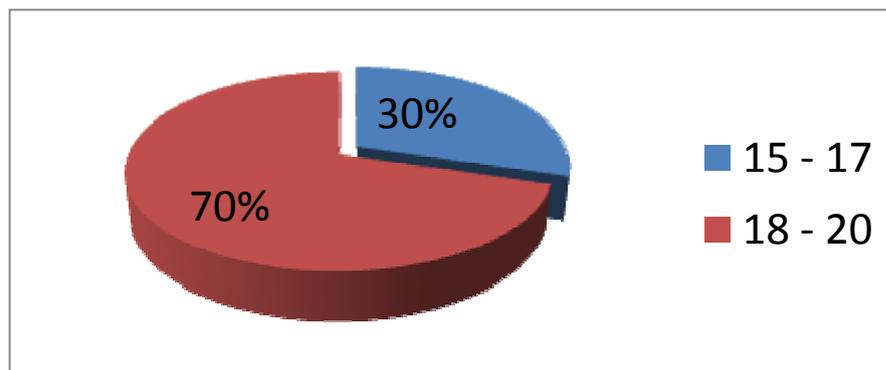
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN – Managua)
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES

“Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012”

Anexo 6: Gráficos

Gráfico No. 1 Edad

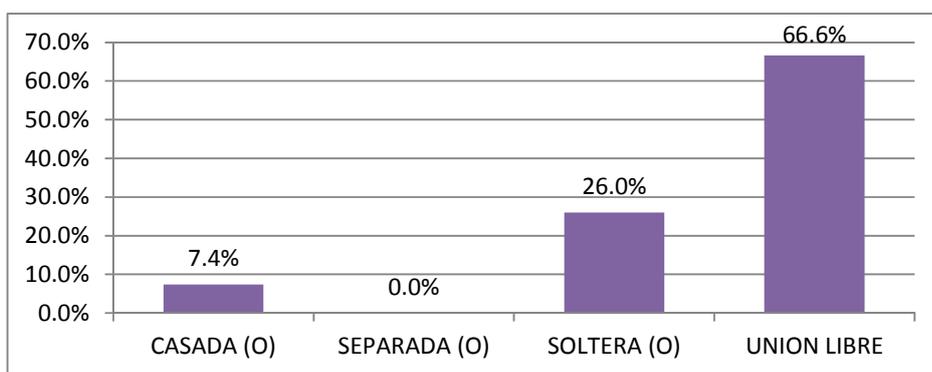
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 1

Gráfico No. 2 Estado Civil

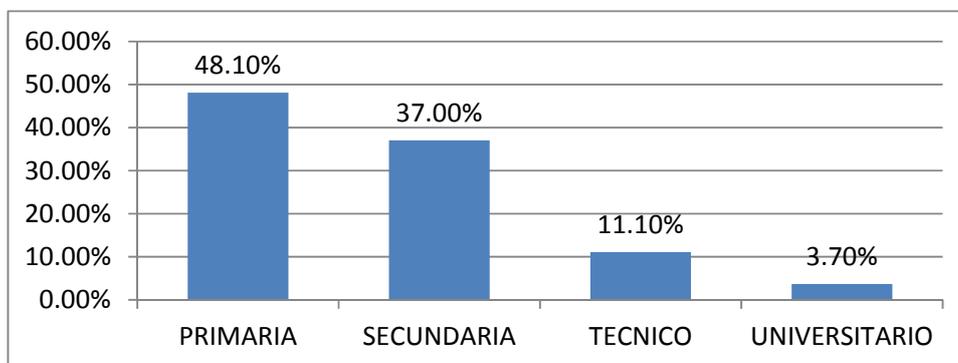
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 3 Escolaridad

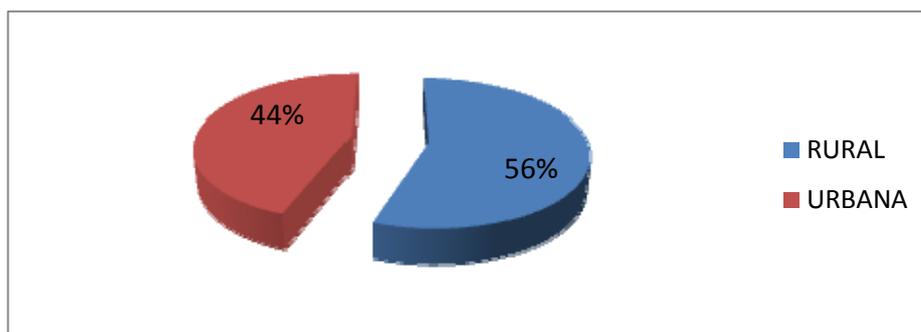
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 4 Procedencia

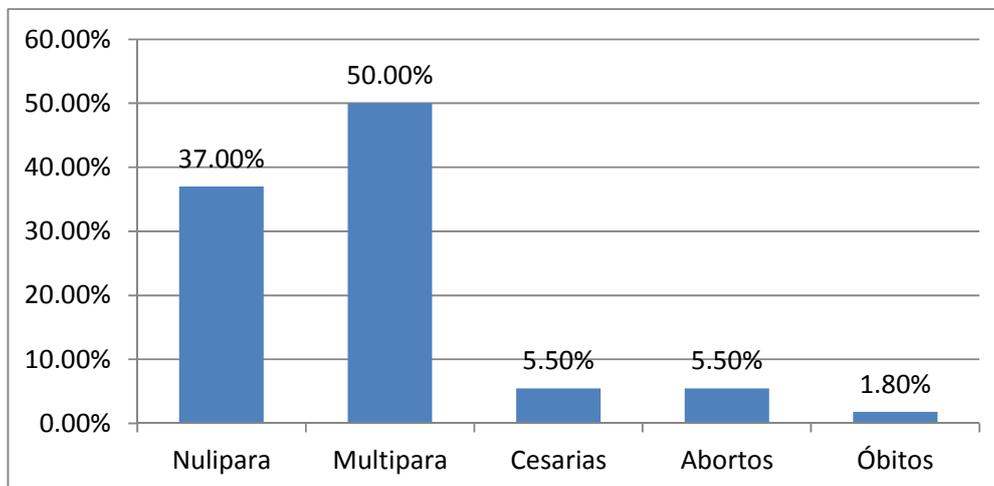
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 4

Gráfico No. 5 Historia de Paridad

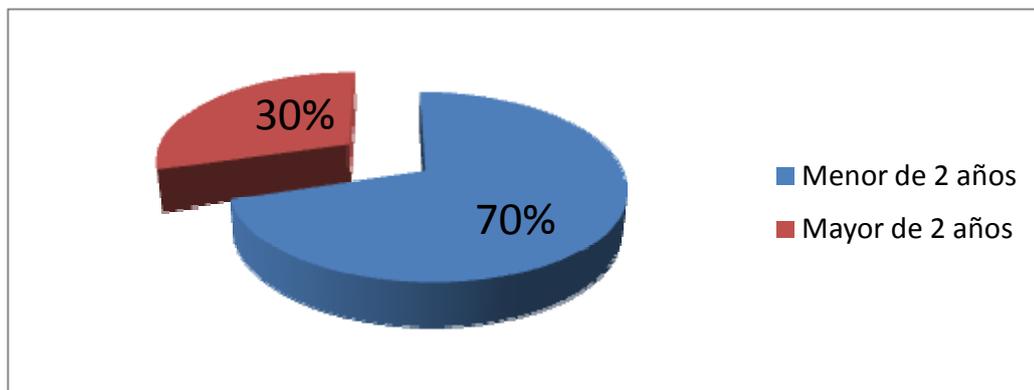
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 5

Gráfico No. 6 Periodo Intergenesico

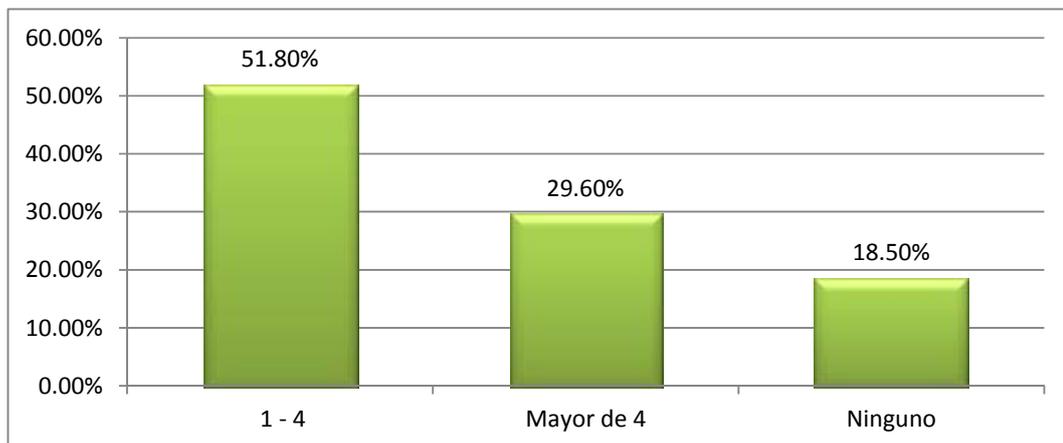
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 6

Gráfico No. 7 Controles Prenatales

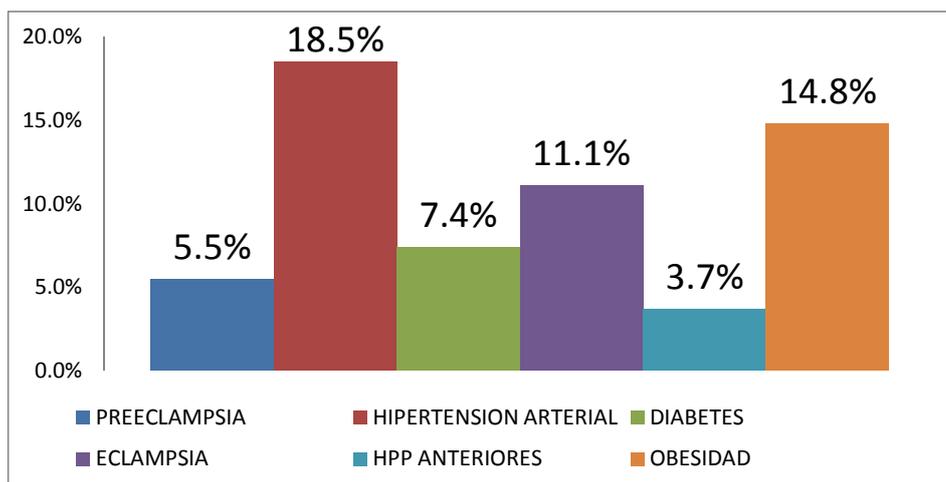
Factores relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 7

Gráfico No. 8 Antecedentes Patológicos Personales

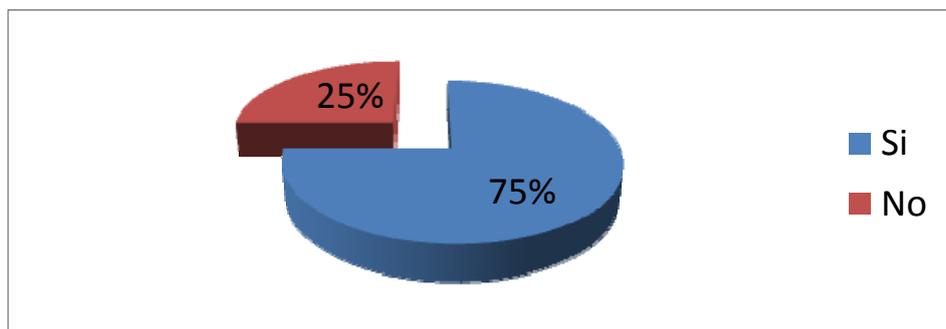
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 8

Gráfico No. 9 Recibieron Tratamiento de esa Patología en el Embarazo

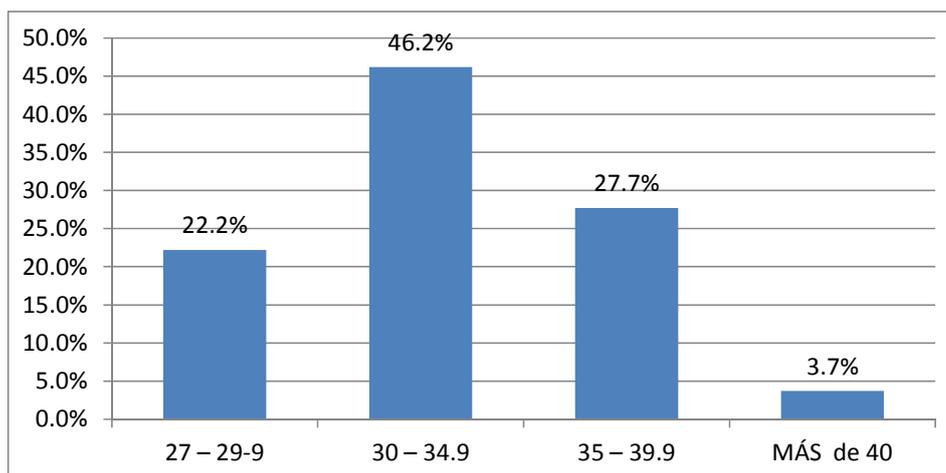
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 9

Gráfico No. 10 IMC

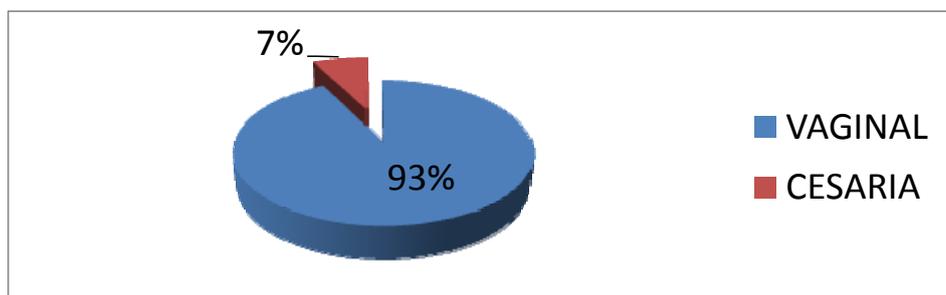
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 10

Grafico. No. 11 Tipo de Parto

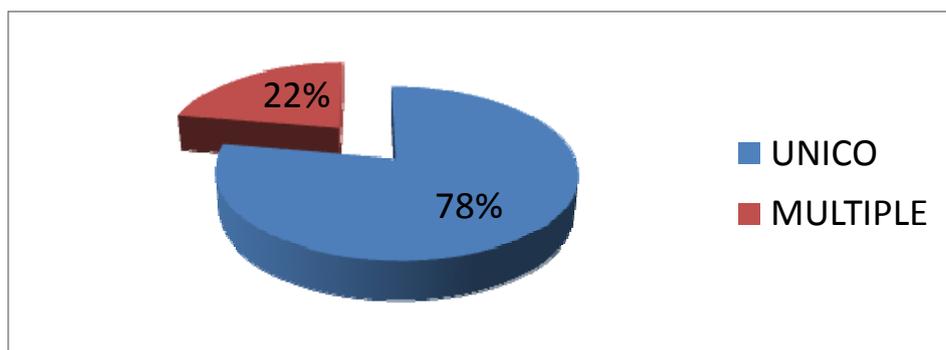
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 11

Gráfico No. 12 Tipo de Embarazo

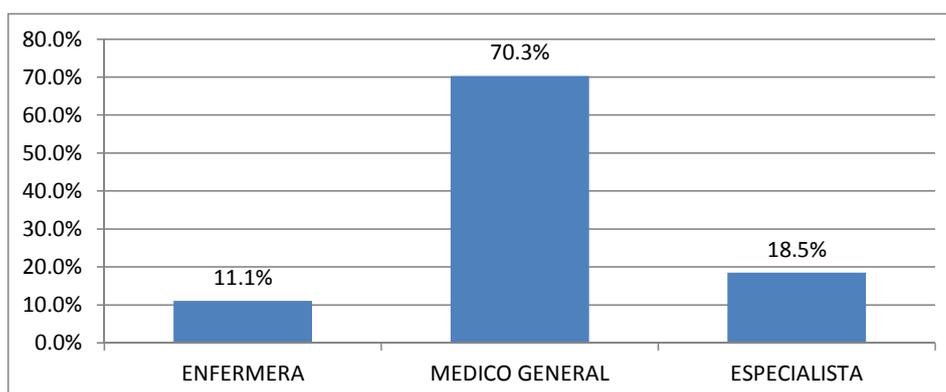
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 12

Gráfico No.13 Atención del Parto

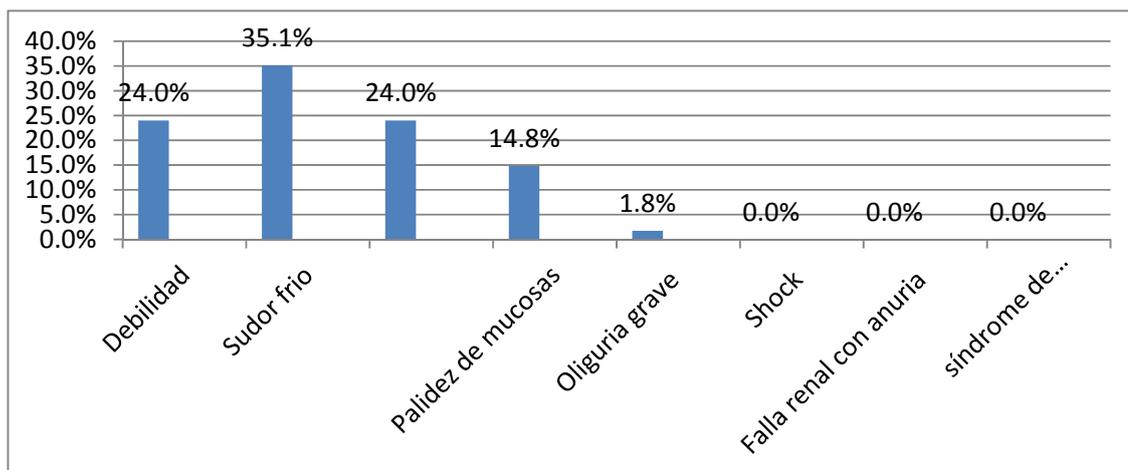
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 13

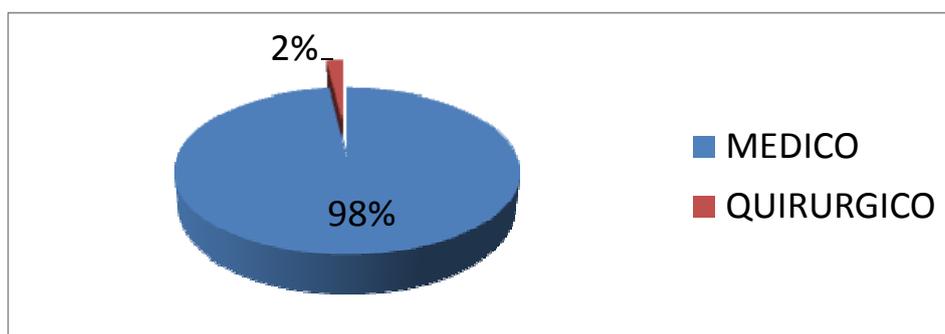
Grafico No. 14 Síntomas que presentaron las pacientes que indican Hemorragia

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



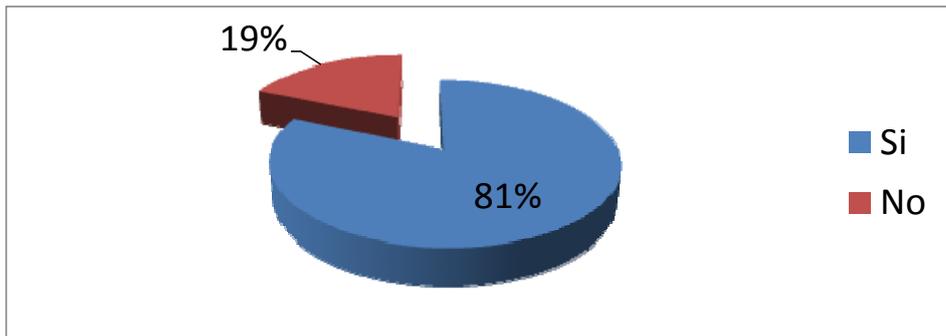
Fuente: Tabla No. 14

Grafico No.15 Abordaje indicado en la paciente con hemorragia postparto
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio 2012



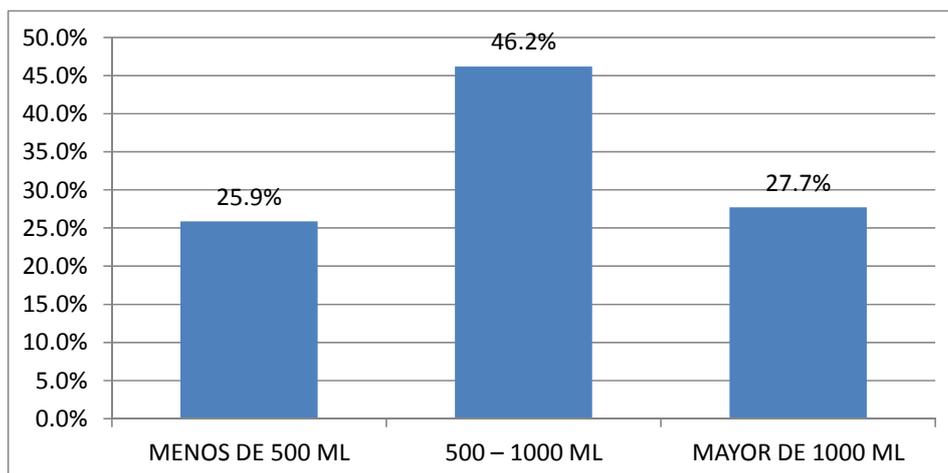
Fuente: Tabla No. 15

Grafico No.16 Hubo afección Hemodinámica en la Paciente
 Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
 en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
 de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 16

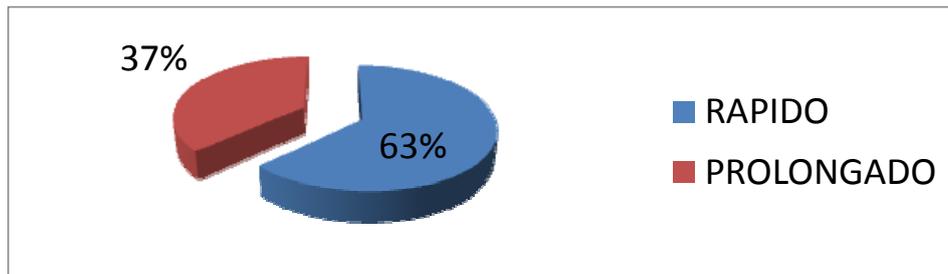
Grafico No.17 Perdida Sanguínea
 Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
 en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
 de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 17

Grafico No.18 Trabajo de parto fue

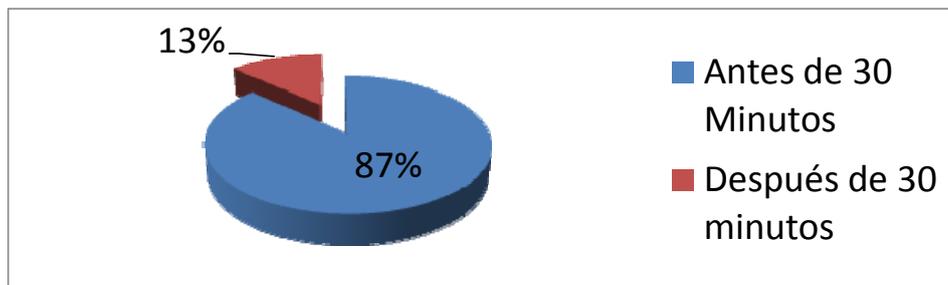
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 18

Grafico No.19 Tiempo de Alumbramiento de la Placenta

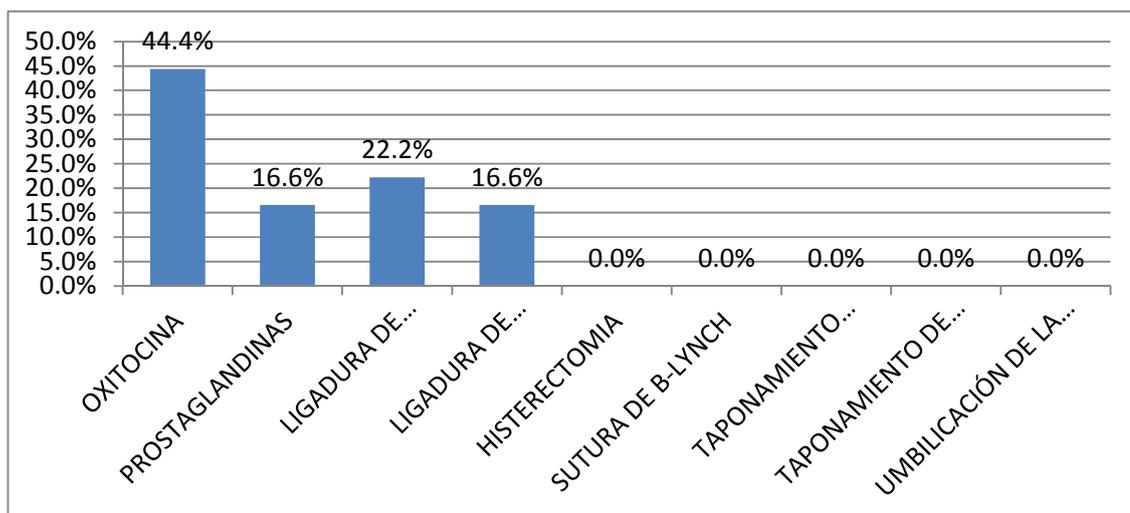
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 19

Grafico No.20 Tratamiento Indicado a las pacientes

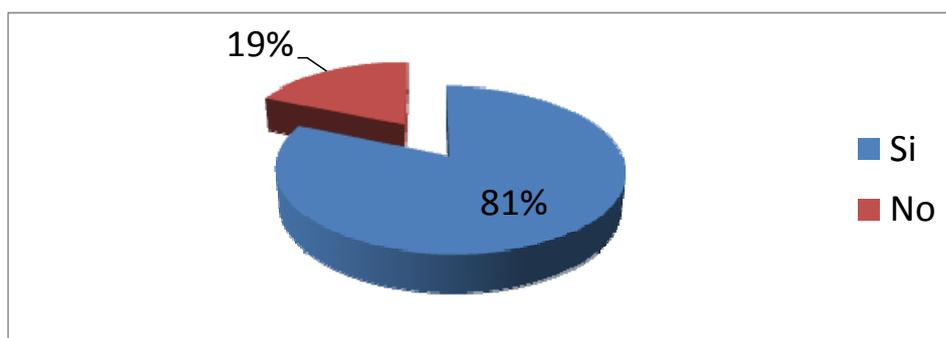
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 20

Grafico No.21 Se realizaron exámenes de laboratorio pre y postparto

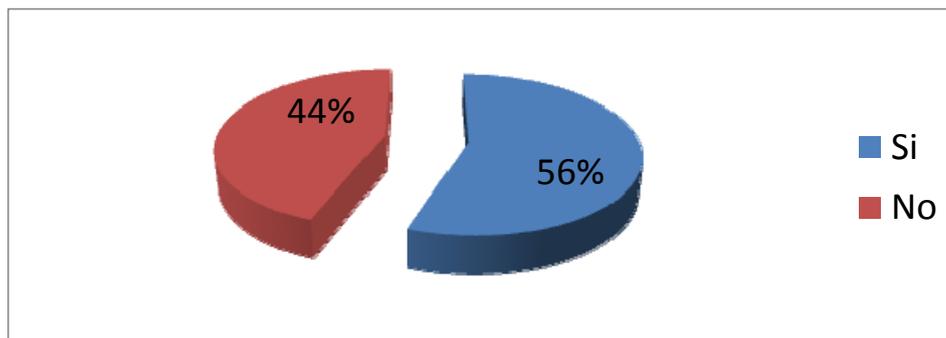
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 21

Grafico No.22 La paciente fue valorada por el Especialista antes y después del parto

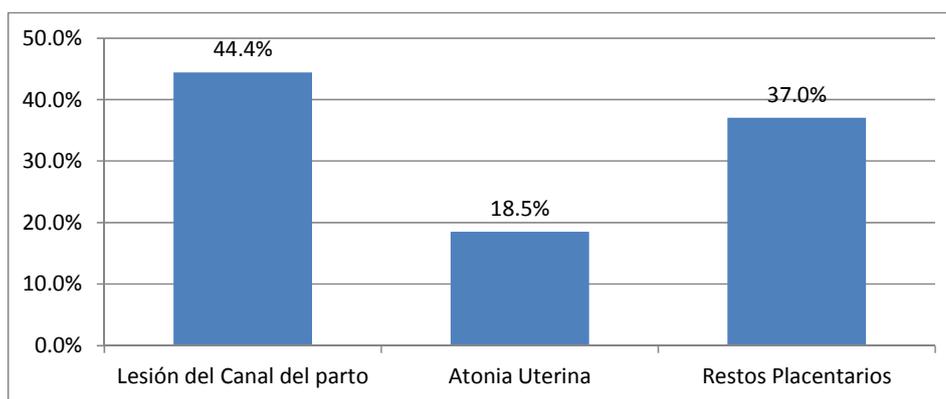
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio 2012



Fuente: Tabla No. 22

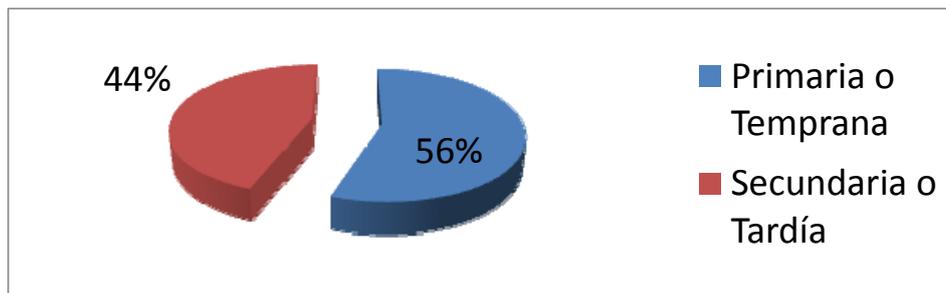
Grafico No.23 La paciente fue valorada por el Especialista antes y después del parto

Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período de Agosto del 2011 a Julio 2012



Fuente: Tabla No. 23

Grafico No.24 Causas de la Hemorragia consignado en el Expediente
Riesgos relacionados con la Hemorragia Postparto en menores de 20 años
en la Sala de Labor y Parto del Hospital Gabriela Alvarado durante el período
de Agosto del 2011 a Julio del 2012



Fuente: Tabla No. 24