



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

ric@guaso.gtm.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo
Cuba

Arcia Fiffe, Rodny; Lorie Sierra, Lidia Esther; Ferrer Cala, Odelis
**Caracterización de hemorragia posparto en maternidad
del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo**
Revista Información Científica, vol. 96, núm. 4, 2017, Julio-, pp. 605-614
Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo
Cuba

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764131002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo

Characterization of the postpartum hemorrhage in the maternity of the General Hospital "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo

Rodny Arcia Fiffe, Lidia Esther Lorie Sierra, Odelis Ferrer Cala

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

La hemorragia es la complicación más significativa durante el posparto por lo que se necesita un diagnóstico y tratamiento rápidos para su atención. Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar el estado actual del comportamiento de las hemorragias posparto en la maternidad del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo, en el período comprendido de enero 2012 - enero 2013. Se analizaron las variables: grupo etario, procedencia, patologías asociadas, relación tiempo total de parto, entre otras. Prevalcieron con el accidente obstétrico pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años. La patología fundamental asociada fue la hipertensión arterial. Tienen mayor predisposición a la hemorragia posparto los tiempos del trabajo de parto prolongado y precipitado. Se demuestra que mientras más precoz es el diagnóstico de la hemorragia menos cantidad de reposición volumétrica requiere el paciente.

Palabras clave: hemorragia posparto; medicamentos; útero inhibidores; complicaciones obstétricas

ABSTRACT

The hemorrhage is the most significant complication during the postpartum for what is needed a fast diagnosis and treatment for its

management. It was carried out a traverse descriptive study with the objective of characterizing the current state of the behavior of the hemorrhages post-childbirth in the maternity of the General Hospital r. Agostinho Neto, Guantánamo, in the period of January 2012 - January 2013. Patients younger than 20 years and older than 35 years prevailed with the obstetric accident. The main associated pathology was arterial hypertension. The times of child delivery prolonged and precipitated have bigger predisposition to the postpartum hemorrhage. It is demonstrated that while more precocious it is the diagnosis of the hemorrhage less quantity of volumetric reinstatement the patient requires.

Keywords: pospartum hemorrhages; medications utero inhibitors; obstetric complications

INTRODUCCIÓN

La hemorragia es la complicación más significativa durante el posparto por lo que se necesita un diagnóstico y tratamiento rápidos para su atención. Aún en los países de mayor desarrollo de la medicina, esta es una causa importante de muerte materna.¹⁻⁵

La OMS describe la hemorragia obstétrica mayor como: cualquier sangramiento del período gestacional o puerperio (hasta 6 semanas), con independencia del tiempo de gestación, la cantidad estimada, el modo del parto, el valor del hematocrito y la necesidad de transfundir, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda.¹

Los factores para hemorragia obstétrica posparto vaginal incluyen: la prolongación de la tercera etapa del trabajo de parto, la existencia de coagulopatía previa, la hemorragia posparto en el embarazo anterior, la retención de placenta, multiparidad, el traumatismo genital, la macrosomía, la inducción del trabajo de parto, la corioamnionitis, la hemorragia intraparto, el mortinato, presentación fetal compuesta, analgesia epidural, parto instrumentado.⁴

El riesgo de morir por hemorragia posparto no depende únicamente de la pérdida de sangre, influye también el estado de salud previo, la pobreza, la malnutrición y la falta de control sobre la salud reproductiva.⁶

Dentro de las hemorragias obstétricas, la hemorragia posparto representa 75 % de los casos de puerperio patológico. Investigaciones recientes han establecido que la primera causa de

ingreso a UCI dentro de las admisiones obstétricas era la hemorragia posparto.⁷

Estudios realizados en Cuba determinaron que la morbilidad obstétrica más frecuente era la hemorragia masiva relacionada predominantemente con la atonía uterina^{4,6,8} la cual se asocia a medicamentos útero-relajantes, edad materna avanzada, sobredistensión uterina.

Cuba, a partir de las propuestas de la FIGO, incorporó el manejo activo del tercer periodo del parto como una buena práctica clínica⁶ y la maternidad de Guantánamo se encuentra entre los centros pioneros en aplicar prácticas de bajo costo basadas en las evidencias científicas para ayudar a la disminución de la morbimortalidad materna perinatal. Entre ellas: la administración de un medicamento útero tónico inmediatamente al parto, la tracción controlada del cordón umbilical.

En la maternidad de Guantánamo la hemorragia posparto constituye la principal causa de morbilidad-mortalidad representando un 95 % de los casos reportados en la estadística de maternas críticas.

Por la importancia del tema se propone caracterizar el estado actual del comportamiento de las hemorragias posparto en las pacientes en la maternidad del Hospital General Dr. Agostinho Neto, Guantánamo, en el período comprendido de enero 2012- enero 2013.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar el estado actual del comportamiento de las hemorragias posparto en la maternidad del Hospital General Dr. Agostinho Neto, Guantánamo, en el período comprendido de enero 2012- enero 2013.

El universo de estudio se constituyó por las pacientes que presentaron sangramiento en las primeras 24 horas del posparto en la unidad obstétrica del centro, durante el periodo estudiado, la muestra se conformó con las 50 pacientes que llegaron a recibir tratamiento quirúrgico como acción terapéutica de la complicación obstétrica y según el tipo de manifestación.

Se analizaron las variables: grupo etario, procedencia, patologías asociadas, relación tiempo total de parto y momento de la hemorragia, diagnóstico-evolución, reanimación inicial.

RESULTADOS

El 34 % de pacientes que se encontraba en el grupo etario menor de 20 años presentaron accidentes obstétricos, el 38 % en el rango entre 20 y 34 años y el 28 % en el rango de mayores de 35 años (Tabla 1).

En el primer grupo etario el 42.85 % procedían del área urbana mientras que el 22.72 % del área rural. En el otro grupo el 35 % fue del área urbana y el 40.90 % de la rural y en el grupo de añosas el 21.42 % era del área urbana mientras que el 36.36 % del área rural.

Tabla1. Pacientes según edad y procedencia

Grupo de edades	Urbana		Rural		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 20	12	24	5	10	17	34
20 – 34	10	20	9	18	19	38
≥ 35	6	12	8	16	14	28
Total	28	56	22	44	50	100

En la Tabla 2 se observa la relación existente entre las patologías posparto que presentó la mujer y su posible relación con hemorragias.

El resultado indica que prevaleció la hipertensión arterial (HTA) con 8 casos, seguido de las miocardiopatías con 4 y 7 por otras causas: vasculopatías, infecciones, tromboembolismo y diabetes.

Tabla 2. Relación de patologías asociadas-hemorragias posparto

Patologías asociadas	Hemorragias posparto debido a patología					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión	8	16	5	10	13	26
Diabetes mellitus	3	6	7	14	10	20
Tromboembolismo	1	2	3	6	4	8
Cardiopatías	4	8	9	18	13	26
Infecciones	1	2	3	6	4	8
Vasculopatías	2	4	4	8	6	12
Total	19	38	31	62	50	100

Al analizar la Tabla 3 se observó que la prevalencia de la hemorragia posparto es más precoz en aparecer en pacientes que presentan un trabajo de parto precipitado (o sea antes de las 4 horas) y en aquellas donde fue prolongado (más de 12 horas).

Tabla 3. Relación entre el tiempo total del trabajo de parto y el momento de la hemorragia

Trabajo parto (horas)	Momento de la hemorragia (precoz)									
	1 - 4		4 - 8		8 - 12		12 - 24		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
4	6	12	3	6	2	4	2	4	13	26
6	2	4	3	6	2	4	-	-	7	14
8	1	2	4	8	1	2	1	2	7	14
10	4	8	3	6	-	-	1	2	8	16
12	10	16	3	6	2	4	-	-	15	30
Total	23	42	16	36	7	14	4	8	50	100

En la Tabla 4 se mostró la relación entre el momento de diagnóstico y la evolución de reanimación según tiempo de recuperación de la volemia.

Se recogió en la historia clínica la reposición de la volemia según momento del diagnóstico relacionado con la cantidad de fluidos, dígame soluciones cristaloides, coloides y hemoderivados administrados a las pacientes de acuerdo a la pérdida de la volemia.

El análisis de lo favorable se hace atendiendo a que, mientras más precoz es el diagnóstico menos pérdidas hemáticas tiene la paciente, por tanto, se necesita menos cantidad de fluido para la recuperación del estado hemodinámico.

Tabla 4. Relación momento del diagnóstico-evolución según reanimación inicial

Momento del diagnóstico	Evolución a la reanimación inicial (recuperación de la volemia)											
	Favorable						No favorable					
	1/3		1/2		3/4		1/3		1/2		3/4	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
30 min -1 h	3	6	5	10	7	14	4	8	2	4	1	2
2 h	1	2	2	4	6	12	5	10	3	6	1	2
3 h y más+	-	-	2	4	4	8	-	-	1	2	3	6
Total	4	8	9	18	17	34	9	18	6	12	5	10

DISCUSIÓN

Quedó demostrado que en los rangos de edades menores de 20 y mayores de 34 existen una disminución marcada de los niveles de prostaglandinas H₂, lo que lleva a la paciente a la disminución de la contractilidad uterina, durante y después del parto. La bibliografía consultada concuerda en que se perjudican mucho más las gestantes de edad avanzada que las más jóvenes.¹

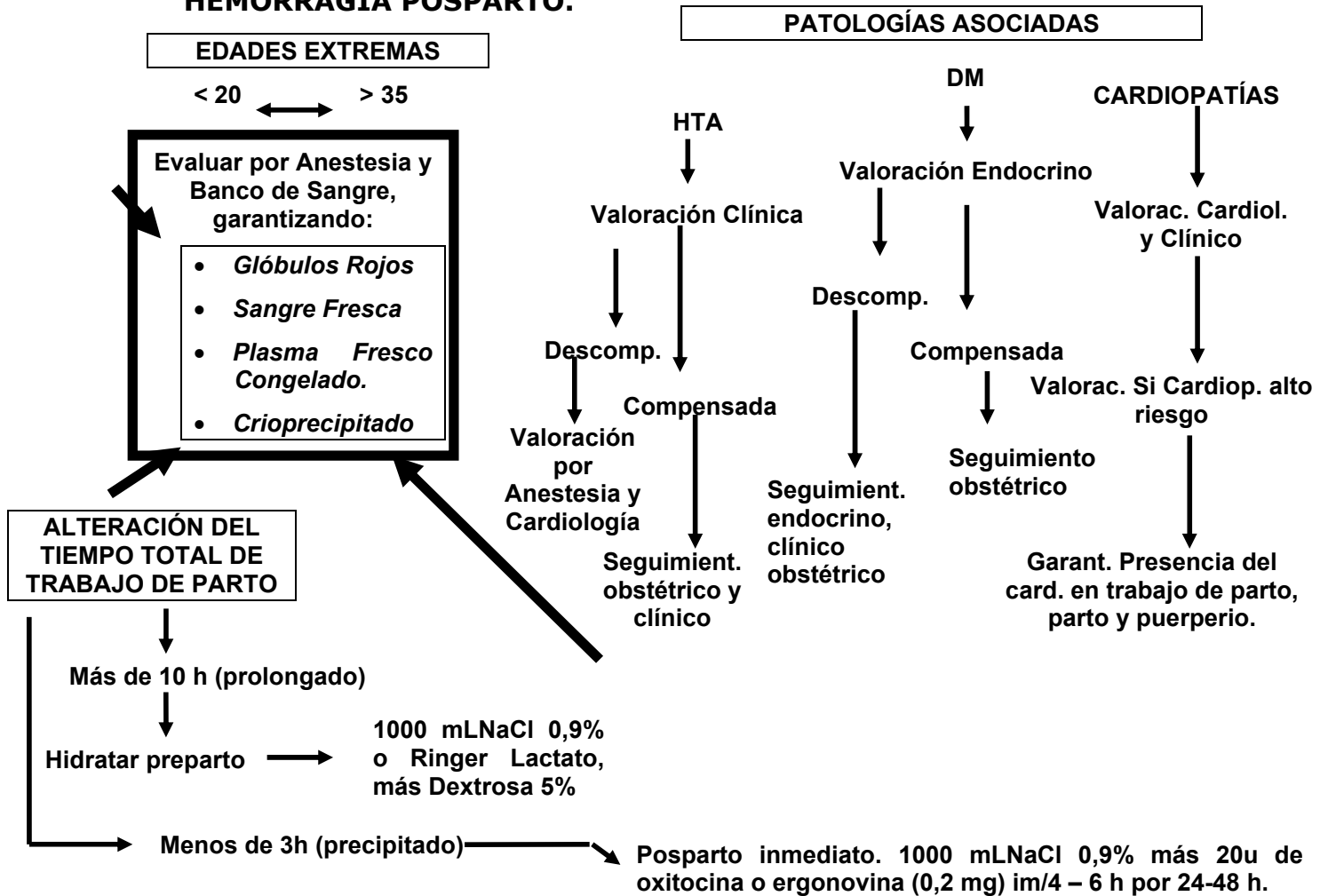
También estos grupos de edades se relacionan con un incremento en las complicaciones durante el embarazo, particularmente con desórdenes hipertensivos y con diabetes mellitus que a su vez provocan los consiguientes efectos negativos sobre el embarazo. Estudios recientes muestran como problemática que laHTA⁹⁻¹¹, las miocardiopatías y la rotura prematura de membrana¹² fueron las causas principales de sangramiento posparto coincidiendo con los resultados obtenidos en este estudio.

Mientras más prolongado sea el trabajo de parto más precoz es la aparición del accidente obstétrico, debido a la fatiga de las fibras musculares del útero.¹³

Cuando el parto se produce en cuatro horas o menos, puede aparecer la hemorragia precoz por la desarmonía rápida entre continente y contenido.¹⁴ Otras investigaciones comenzaron a percibir resultados a partir de las 2 horas, lo que se corresponde con este estudio.¹⁵

Se elaboró un flujograma (Figura 1) para actuar ante los diferentes factores de riesgo, en este caso estudiados y prevenir la hemorragia posparto.

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO.



CONCLUSIONES

Las pacientes adolescentes y añosas, así como aquellas hipertensas y diabéticas, tienen mayor predisposición en entidades que actúan como mediadores indirectos para la hemorragia.

Los tiempos del trabajo de parto prolongado y precipitado influyen de manera indirecta en el accidente obstétrico.

Mientras más precoz es el diagnóstico de la hemorragia menos cantidad de reposición volumétrica requiere el paciente y su evolución tiende a ser más favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez González JA, Santana B, Gutiérrez Machado M, Benavides Casal ME, Pérez Pérez de Prado N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado 12 ene 2017]; 42 (4). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/111/105>
2. Romero Prada M, Alvis Guzmán N, Karpf Benavides E. Análisis de costo-efectividad del uso de calcio más ácido linoleico para la prevención de la hipertensión inducida por el embarazo en mujeres con riesgo en Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 12 ene 2017]; 63(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000300004&lng=es&nrm=iso
3. Rojas JA, Cogollo M, Miranda JE, Ramos EC, Fernández JC, Bello AM. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena 2006 – 2008. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 12 ene 2017]; 62(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200003&lng=es&nrm=iso
4. Barbón Sánchez A, García Peralta T, Maceo Ramírez I, Reyes Padilla D, Martínez Martínez A, García Peralta E, Díaz Ramírez M. Hemocomponentes en la hemorragia obstétrica mayor. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 12 ene 2017]; 37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300006
5. Díaz Perez KD. Proceso de atención de enfermería en las causas de hemorragias durante el primer trimestre de embarazo [tesis]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2017. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9899>

6. Piloto Padrón M, Cruz Silva D, Águila Setién S, Pernas González A. Impacto materno del manejo activo del alumbramiento. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. jul-sep 2010 [citado 23 mar 2017]; 36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300003&nrm=iso
7. Ticona Rebagliati D, Torres Bravo L, Veramendi Espinoza L, Zafra-Tanaka JH. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [citado 23 mar 2017]; 60(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200005&lng=es&nrm=iso
8. Nava ML, Urdaneta JR, González ME, Labarca L, Silva Bentacourt Á, Contreras Benítez A, et al. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011 – 2014. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. ago 2016 [citado mar 2017]; 81(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400004&lng=es&nrm=iso
9. Alvarez Barreto AC. Atención de enfermería en pacientes preeclámpsicas mediante la identificación de factores de riesgo y fortalecimiento del instrumento del control prenatal [tesis]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2017. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9896>
10. Ponguillo Rodríguez AA. Complicaciones maternas en los estados hipertensivos del embarazo [tesis]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2017. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9940>
11. González-Merlo JM, Laílla Vicens E, Fabre González E. González Bosquet. Enfermedades asociadas al embarazo: cardíacas, dermatológicas, digestivas, endocrinológicas, hematológicas, nefrológicas, neurológicas, respiratorias y tromboembólicas venosas. En: Obstetricia. 6ed. España: Elsevier; 2013. 472-576.
12. Puicon Cruz PM. Periodo de latencia prolongado como factor asociado a complicaciones materno neonatales en gestantes pretermino con ruptura prematura de membranas del hospital regional docente de Trujillo periodo 2011-2014 [tesis]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2006. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1577>
13. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez RD. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 10 dic 2013]; 48(3):321-25. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol_48_3_10/hig10310.htm
14. Twickler D, Wendel G. Obstetricia. 23 ed. Ciudad México: Mc Grau Gill; 2011.

15. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado 21 dic 2015]; 39(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 4 de abril de 2017

Aprobado: 3 de mayo de 2017

Dr. Rodney Arcia Fiffe. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja", Baracoa. Guantánamo. Cuba. **Email:** daliana.gtm@infomed.sld.cu