

Urkund Analysis Result

Analysed Document: MONTIEL MAURICIO • PINEDA GEOMAYRA.docx (D51329141)
Submitted: 4/30/2019 7:08:00 PM
Submitted By: gleons1@unemi.edu.ec
Significance: 2 %

Sources included in the report:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/
http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Codigo%20Rojo_7A.pdf
d354b1f3-1db8-4a5e-b3bf-49ec725ac0e0

Instances where selected sources appear:

3

INTRODUCCIÓN La hemorragia posparto (HPP) es uno de los problemas de salud pública con mayor morbi-mortalidad. Se la define como la pérdida de sangre mayor a 500 o 1000 ml durante las primeras 24 horas del puerperio (hemorragia postparto inmediata) o entre las 24 horas a seis semanas posparto (hemorragia postparto tardía), siendo la causa principal una atonía uterina luego del parto fisiológico o quirúrgico aunque también está relacionado con traumatismos vaginales, rotura uterina y factores relacionados a la multiparidad. (Hernández & Arce, 2014) En el afán de conocer las causas de la HPP se ha planteado una regla nemotécnica que consta de

las 4T: Tono (tono uterino), Tejido (retención de productos de la gestación), Trauma (lesiones del canal del parto), Trombina (alteraciones de la coagulación) (

Karlsson & Pérez Sanz, 2009) Según la OMS una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto, indicando además que

cada día fallecen alrededor de 16

0: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/

88%

mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría

de las

cuales pueden ser prevenibles. El diagnóstico se evidencia principalmente por la pérdida excesiva de sangre además del estado de la paciente lo cual nos permite valorar el riesgo de shock hipovolémico para actuar oportunamente y controlar la hemorragia. Para prevenirla debemos considerar tres alternativas terapéuticas: 1. el uso de los agentes uterotónicos como la oxitocina, que es la más utilizada; 2. misoprostol, el cual debe utilizarse dentro del primer minuto del nacimiento del producto, y 3. el masaje uterino postparto luego del alumbramiento para conseguir que el útero se contraiga. El diagnóstico temprano y oportuno es decisivo para el manejo del sangrado, el mismo que puede ser lento y continuo o aparecer repentinamente provocando shock en la paciente y convirtiéndose en una emergencia obstétrica. Para el manejo debe llevarse a cabo simultáneamente los siguientes pasos: la

comunicación al personal encargado,

reanimación e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxígeno, monitorización e investigación de la causa,

la

detención del sangrado es decir la activación del código rojo. Si luego del uso de agentes uterotónicos y el masaje uterino no se ha controlado el sangrado es necesario utilizar otras medidas como el balón de bakri o tratamiento quirúrgico inmediato.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN La hemorragia postparto es considerada una de las causas principales de muerte materna tanto a nivel nacional como en países en vías de desarrollo lo cual ha llevado a que sea considerado un problema obstétrico de gran magnitud que puede producirse en cualquier etapa de la vida de la mujer y por diferentes causas. La atonía uterina y las lesiones vaginales son las causas principales de la hemorragia postparto lo cual conlleva a una pérdida de sangre de más de 500 mililitros, la misma que si no es controlada inmediatamente por el personal de salud puede ocasionar un shock hipovolémico o séptico. A nivel mundial aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas, de las cuales las principales son las hemorragias intensas, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. (Organización Mundial de Salud, 2015) Las muertes obstétricas directas se dan por omisión, intervenciones y tratamiento incorrecto durante la etapa de parto y puerperio, en su mayoría son prevenibles si se emplea las alternativas terapéuticas correctas. Según la OMS. "Se estima que el 8.2% de las mujeres que paren por parto normal en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión. En las Américas, el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770.000 hemorragias, 170.000 severas y 140,000 transfusiones de sangre." (Organización Mundial de la Salud, 2014) En esta región, un gran porcentaje de mujeres que dan a luz en los diferentes hospitales pueden llegar a sufrir hemorragias postparto causada por una atonía uterina, traumas, retención de tejidos placentarios o una alteración de la coagulación como la trombocitopenia, todas produciendo hemorragia postparto severa, por lo que se necesitará en la mayoría de los casos una transfusión sanguínea. Si el personal de salud actuara de forma rápida y eficiente en estos casos, se reducirían los riesgos de hemorragia, y así se evitaría estas transfusiones. Según el INEC en el 2013 en Ecuador la hemorragia posparto fue considerada como la segunda causa de muerte obstétrica directa con un porcentaje de 13,55 %. Las principales causas maternas son las obstétricas directas e indirectas y no especificadas dentro de las cuales se encuentra la hemorragia postparto, hipertensión gestacional y eclampsia lo que indica que se debe analizar los factores de riesgos y el manejo terapéutico oportuno en el ámbito de salud. En el Ecuador actualmente la disminución de la mortalidad materna corresponde a un objetivo primordial del Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) que alude al tercer objetivo "Mejorar la calidad de vida de la población". El objetivo de este trabajo es conocer los estudios que se han realizado en torno a esta temática, identificar la prevalencia y los factores de riesgos para una hemorragia postparto, los últimos avances en el tratamiento de esta patología, y determinar el correcto manejo y los cuidados específicos de parte del personal de enfermería en la hemorragia postparto. La presente investigación pretende dar a conocer las características de la hemorragia postparto, su connotación epidemiológica y estadística en las diferentes latitudes del planeta y a su vez entender el manejo terapéutico y de cuidados dentro de nuestra futura profesión. En nuestro país la muerte materna debe evitarse en su totalidad, para dar cumplimiento al objetivo #5 del desarrollo del milenio, el mismo que se enfoca en "mejorar la salud materna". El Ministerio de salud pública ha implementado un protocolo de atención en estos casos, el mismo que valora diversos parámetros lo que contribuye realizar una atención especializada en el manejo de las complicaciones. La identificación de las causas y los factores de riesgos junto con el manejo oportuno son considerados medidas de primer orden para la disminución de la morbi-mortalidad materna, para ello, es necesario realizar

intervenciones y procedimientos de manera correcta durante el proceso del parto y el puerperio con la finalidad de disminuir la prevalencia de esta problemática. La principal motivación para hacer este trabajo es por la frecuencia que se presenta la hemorragia posparto en los hospitales debido a que si no es diagnosticada a tiempo o no hay un buen manejo de esta puede llegar a la muerte de la paciente. Como profesionales de la salud debemos seguir protocolos con la finalidad de disminuir la aparición de hemorragia posparto y a su vez de informar a la comunidad sobre esta problemática que afecta

a todo el mundo.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DEFINICIÓN La hemorragia posparto es conocida como una complicación obstétrica que se la define como la pérdida de sangre excesiva de 500ml o más luego de un parto vaginal o de 100 ml o más luego de una cesárea, acompañada de signos y síntomas de shock hipovolémico. (Ministerio de Salud Pública, 2013) **CLASIFICACIÓN**
Hemorragia posparto inmediata: es la

que ocurre durante las primeras 24 horas posteriores al parto, la causa principal es debido a la atonía uterina. Hemorragia posparto tardío: esta ocurre entre las 24 horas y 6 semanas posparto, la causa de estos casos se debe a la retención

de productos de la concepción, infección o ambas. **FACTORES DE RIESGO** Placenta previa: Edad materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, aspiración manual endouterina, miomectomía), tabaquismo. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, enfermedades hipertensivas. Rotura uterina: uso iatrogénico de oxitócicos, parto prologando, malformaciones, infecciones **CITATION** Ast14 \l 3082 (Asturizaga & Toledo Jaldin, 2014)

El ministerio de Salud Pública en su guía de práctica clínica resume las principales manifestaciones iniciales y síntomas típicos que permiten el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto. Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

CAUSAS

Hernández y Arce utilizan la nemotecnia de las 4 T para indicar las causas de la HPP, esta son: Tono: Musculatura del útero que permite la contracción del útero que es responsable de la atonía uterina, el 70% de las causas son por sobredistensión uterina, parto prolongado/ precipitado, agotamiento muscular uterino, los factores de riesgo: gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, gran múltipara, hidrocefalia severa. Trauma: Lesiones en el canal del parto responsable del 20%, las causas son debido a desgarros del canal del parto, ruptura uterina, inversión uterina, los factores de riesgo:

parto intervenido, parto precipitado, episiotomía, cirugía uterina previa, hiperdinamia, acretismo, maniobra de crede, excesiva tracción del cordón. Tejido: Retención de tejidos

responsable del 9% a causa de la retención de restos placentarios, anomalías de la placentación, los factores de riesgo son el acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis, cirugía uterina previa. Trombina: alteraciones de coagulación responsable del 1% esta pueden ser adquiridas ya sea por preeclampsia, síndrome de HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, abrupción de placenta, CID consumo, transfusiones masivas y también puede ser por causas congénitas debido a enfermedad von Willebrand, hemofilia A. (Hernández & Arce, 2014) En

el

año 2013 Dávila y su grupo presentan una guía basada en la detección, prevención y manejo de la hemorragia posparto, en esta indica que

la hemorragia obstétrica es considerada la primera causa de muerte materna, cuyas complicaciones incluyen el choque hipovolémico, la coagulación intravascular diseminada, la disfunción de órganos como el riñón, hígado y pulmón.

Los criterios para identificar la severidad del shock hipovolémico son el estado de conciencia (sensorio), el grado de perfusión (color de la piel, temperatura, y llenado capilar) el pulso y la presión arterial. Para el manejo de la hemorragia posparto se adoptara un protocolo de atención denominada como código rojo con intervenciones tales como el suministro de oxígeno, accesos venosos para terapia transfusional. (

Dávila et al., 2013)

Vélez, Agudelo, Gómez Y Zuleta en su artículo titulado código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica en la cual la hemorragia posparto es la primera causa de muerte materna en el mundo así lo afirma en su estudio ocurrido en el departamento de Antioquia en los años 2004 y 2005, frente a esto el grupo Nacer, Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, diseñó un módulo para la prevención de la morbimortalidad denominado "Código Rojo" en la cual hace hincapié en el manejo activo del alumbramiento en todas las pacientes con parto vaginal institucional y el manejo sistemático y agresivo del choque hemorrágico. Esta guía surgió por la necesidad de contar con un instrumento para el personal de salud en la cual pretende intervenir en la falta del trabajo organizado y en equipo, reconocimiento tardío del choque, cálculo de la cantidad de sangre perdida, reposición inadecuada de cristaloides, demora de los hemoderivados y bajo porcentaje de la utilización de las maniobras adecuadas para disminuir el sangrado. Utilizó la clasificación clásica de

choque hipovolémico de Baskett enfatizando dos aspectos: • Debido al aumento del volumen plasmático que ocurre en la mujer durante el embarazo, un porcentaje de pérdida dado representa para ella un volumen mayor que en la mujer no embarazada. •

Los parámetros clínicos que deben evaluar son el estado de conciencia y la perfusión, pues las alteraciones en el pulso y la presión arterial son tardíos en la mujer embarazada.

La secuencia del Código rojo consiste desde el minuto cero hasta los 60 minutos la cual el

equipo de salud debe aplicar los siguientes principios: • La activación la realiza la primera persona del equipo asistencial que establece contacto con la paciente que sangra y evalúa los parámetros como estado del sensorio, perfusión, pulso y presión arterial, en el minuto debe desencadenar varias acciones como alertar al servicio de laboratorio y/o banco de sangre. • Restaurar el volumen circulante, se debe realizar las siguientes acciones como iniciar suministro de oxígeno a la paciente, garantizando la máxima FI02 con mascara reservorio, Ventury al 35-50% o cánula nasal a 4 litros por minuto, canalizar dos venas con catéteres #14 y #16, tomar muestra de tres tubos para hemoglobina, hematocrito, plaquetas, hemoclasificación, pruebas cruzadas, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, iniciar la administración de 2000 ml de solución salina o Hartman, identificar las causas del sangrado, el medicamento de elección es la oxitocina, evacuar la vejiga y medir la eliminación urinaria, en choque severo iniciar la transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos.

• Una vez que cese la hemorragia y se controle el choque debe mantener una infusión de cristaloides de 150 a 300 ml/hora, si el diagnóstico es una atonía debe mantener maniobras comprensivas, garantizar la vigilancia de los signos de perfusión como estado de conciencia, llenado capilar, presión arterial, pulso, eliminación urinaria.

• Después de una hora de hemorragia e hipo perfusión existe una alta probabilidad de una coagulación intravascular diseminada (CID), se procede a establecer reevaluación de las pruebas de coagulación como el TPT, TP, el fibrinógeno, siempre se debe corregir la CID (Vélez-Álvarez, Agudelo-Jaramillo, Gómez-Dávila, & Zuleta-Tobón, 2016)

TRATAMIENTO

De acuerdo con Solari considera que

el manejo terapéutico se lo realiza mediante el uso de agentes uterotónicos como la oxitocina (10 UI IV o 5 UI IM), ergometrina o metilergometrina (0.2 mg IM contraindicada en pacientes cardíacas, preeclampsia, eclampsia), o misoprostol (400-600-800 mcg). Como segunda alternativa se puede realizar masaje uterino hasta dos horas después del alumbramiento. Si la hemorragia persiste se aumentara la dosis de oxitocina hasta 20-40 UI en 1000 cc de suero fisiológico, luego ergometrina o metilergometrina 0.2-0.5 mg IM lento o misoprostol. Finalmente, si el manejo farmacológico no funciona se recomienda taponamiento uterino o cirugía radical (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2014).

Para controlar el sangrado se pueden realizar las siguientes maniobras: 1. Compresión aortica abdominal consiste en colocar el puño en el abdomen a dos centímetros por arriba de la cicatriz umbilical y dos centímetros a la izquierda de la línea media verificando la disminución de pulso femoral. 2. Compresión bimanual que consiste en colocar un puño a través del canal vaginal y con la mano contralateral realizar presión en el fondo uterino.

3. La aplicación de balón de bakri (García-Benavides, Ramírez-Hernández, Moreno-Cárcamo, Alonso-Ramírez, & Gorbea-Chávez, 2018)

El manejo conservador va dirigido a la compresión intrínseca o extrínseca del útero que ayuda a la disminución de la irrigación uterina mediante ligaduras o embolización arterial, se describe a continuación las más utilizadas:

Medidas compresivas intrauterinas: se deben utilizar cuando existe una HPP que no responde al tratamiento farmacológico y antes de iniciar medidas quirúrgicas, dentro de ellas se encuentra: Taponamiento intrauterino con el balón de Bakri: que consiste en la inserción de un globo que se infla creando una compresión intrauterina deteniendo el flujo de la sangre, el balón de bakri es el más utilizado, compuesto 100% de silicona (sin latex), posee una sonda con dos vías: una para el inflado del balón y la otra para drenar la cavidad uterina, una vez desinflado se retira con facilidad, se puede insertar por vía transvaginal o abdominal dependiendo el tipo de parto siempre que se haya descartado rotura uterina, desgarros o retención de fragmentos de placenta, las contraindicaciones para este procedimiento son una hemorragia por lesión arterial, indicación de histerectomía, cáncer cervical, coagulación intravascular diseminada y anomalía morfológicas uterinas. ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS Suturas compresivas del útero: son procedimientos quirúrgicos que se realizan cuando las medidas convencionales y la compresión uterina no han logrado disminuir o detener la hemorragia posparto, permiten la contracción de las fibras musculares lisas del útero las mismas que al contraerse ocluyen la luz de los vasos uterinos provocando disminución del sangrado. Sutura B-Lynch: técnica de compresión uterina para la hemorragia posparto masiva por atonía uterina, se realiza cuando falla el tratamiento médico antes de realizar una histerectomía, consiste en la colocación de un punto absorbible en el segmento uterino inferior, luego se realiza una asa sobre el fondo que pasa a través del segmento inferior hacia el lado opuesto, posteriormente hace otra asa con el punto por encima del útero y se pasa a través del segmento inferior hacia adelante para anudarlo y lograr comprimir el útero. Sutura de B-Lynch modificada por Marasinghe: combina la compresión uterina mediante suturas hemostáticas y ligaduras arteriales, se realiza la transfixión del segmento uterino desde la cara anterior a tres centímetros por debajo de la histerotomía y a tres centímetros de la cara lateral del útero hacia igual zona en la cara posterior de este, se coloca la sutura desde la cara posterior del útero a la cara anterior hasta el tercio superior del cuerpo uterino, se realiza nuevamente transfixión del cuerpo uterino en tercio superior desde la cara anterior a la posterior, se coloca la sutura en la pared posterior del cuerpo uterino hasta en su cara anterior. Ligadura de la arteria ovárica (uni o bilateral): se liga en el punto de unión del ligamento útero-ovárico a través del meso ovario, no en el ligamento infundíbulo-pélvico Ligadura de la arteria iliaca interna (hipogástrica): sección del ligamento ancho entre los ligamentos redondos e infundíbulo-pélvico, disección de los tejidos laxos alrededor de la

arteria en la zona de la ligadura. Histerectomía: operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total esto se realiza en pacientes con malas condiciones incluso en estado de shock las causas frecuentes de la histerectomía posparto son la placenta acreta, previa, la atonía uterina o una ruptura uterina. Embolización de arterias uterinas: requiere caterización por radiología intervencionista para ocluir los vasos, permite obstruir el flujo sanguíneo hacia el útero a través de su rama principal (arteria uterina). (Cabrera, Hernández, Duarte, Águila, & Rodríguez, 2017)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS En el trabajo investigativo realizado en Brasil por María de Lourdes y sus colaboradores donde examinaron los informes de muertes maternas del Sistema de Información de Mortalidad que ocurrieron entre el 01 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2009 en la cual identificaron 22.281 muertes maternas, entre las cuales 3.179 se debieron a hemorragia siendo responsable por 14,26% de total de las muertes. (De Souza et al., 2013) En

un estudio realizado en el Hospital Escuela de Tegucigalpa a todas las pacientes que ingresaron por parto vía vaginal, cesárea o ingresadas en el puerperio inmediato durante los meses de junio a Diciembre del año 2011 en Honduras. La muestra se tomó de las pacientes complicadas con hemorragia posparto diagnosticadas clínicamente según la clasificación de Benedetti, ocurrieron 10.701 nacimientos y 56 casos de HPP por atonía grado I, trauma del canal de parto, retención de tejido o trastornos de la coagulación, con una frecuencia de 0.5% de casos, las causas de hemorragia fueron: 22 pacientes (39%) casos por trauma del canal de parto, los nacimientos por cesárea; 19 pacientes (34%) por retención de tejido. Se clasifico la gravedad de la hemorragia que presentaron las pacientes al momento del ingreso en grado III y grado IV, resultando 9 pacientes (16%) casos de cada uno. Las complicaciones fueron: coagulopatía, falla renal, sepsis y Síndrome Anémico. La mayoría de los pacientes 45 (80%) presento gestaciones a término; los factores de riesgo fueron: 13 pacientes (23%) enfermedad hipertensiva, en 4 pacientes (7%) se aumentó la labor de parto con fármacos, 30 pacientes (54%) no tuvieron factores asociados. El manejo inicial se realizó con reanimación con cristaloides, el uterotónicos más utilizado fue la combinación de oxitocina y prostaglandinas en 20 (36%) pacientes, se realizó manejo quirúrgico en 14 (25%) y ocurrieron 3 (5%) muertes por complicaciones asociadas a hemorragia. (Bustillo & Aguilar, 2013)

En la ciudad de Guayaquil la obstetra Chiriboga Dorado realizo su investigación en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo comprendido de septiembre del 2012 a febrero del 2013 a 251 pacientes de las cuales 34% tuvo HPP entre los 20 - 25 años y en menor cantidad el grupo comprendido entre 38 - 42 años con un 5%. Así mismo la multiparidad con un 50% fue un factor predisponente en comparación con el 37% de las primíparas. (Chiriboga Dorado, 2013) En Cuba en el Hospital de Guanabacoa durante enero-diciembre del 2011, la doctora Lugo Sánchez observó que las pacientes con hemorragia en el puerperio inmediato, tomó como muestra a 32 mujeres de las cuales el 53% fueron múltiparas y el 16% nulípara. (Lugo Sánchez, 2014)

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo/ prospectivo, transversal y descriptivo durante el periodo comprendido entre el 6 de junio del 2011 al 29 de enero del 2014 en la

UMAE Hospital de Gineco-obstetricia N° 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" del IMSS, en México, donde se incluyeron 59 mujeres que tuvieron Hemorragia Obstétrica (HO) y fueron atendidas por el equipo de respuesta inmediata (ERI). Las causas de HO que activaron el ERI fueron diversas predominando el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 33,9% y la atonía uterina 23,7%. Los procedimientos más frecuentemente utilizados para la resolución de la HO fueron: cesárea 40,7%, cesárea más ligadura hipogástricas 15,3%, parto más masaje uterino 13,6% y parto más ligadura de hipogástricas 10,2%. (Rodríguez & Arturo, 2015) En el

año 2016 Suarez González y el grupo de investigadores Santana Beltrán, Gutiérrez Machado, Benavides Casal y Pérez de prado realizaron un estudio en Cuba en el hospital Gineco-obstetrico Docente "Mariana Grajales" de Villa Clara de Enero 2012 a Diciembre 2014 a 46 mujeres diagnosticadas de hemorragia posparto. Para recoger información se presentaron tablas en las cuales según la edad predominan las mujeres que tuvieron más de un parto de estas las que tenían entre 20 y 35 años cumple el 80.6%, las nulíparas entre la edad de 20 y 35 años representan el 21,7%. Además presenta que de las 46 pacientes la mayor causa fue la atonía uterina con un 45,7% seguido por la rotura uterina con 15,2% y el acretismo placentario 13%, la investigación muestra que en el 71,7% de las mujeres estudiadas ocurrió la hemorragia después del parto y solo un 13% durante el parto dando a conocer que es una de las mayores complicaciones que podrían llevar a una muerte materna. (Suárez González, Santana Beltrán, Gutiérrez Machado, Benavides Casal, & Pérez Pérez de Prado, 2016)

El Hospital José María Velasco Ibarra del Tena durante el periodo Octubre 2013 a Marzo 2014, Cruz Altamirano realizo un estudio a 165 pacientes que presentaron hemorragia posparto donde se evidenció a través de las historias clínicas de las pacientes que el 54% tenían menos de 20 años en comparación con las mujeres de 21 a 30 años con un 34% además demostraron que las nulíparas con su cambios anatomo-fisiologicos presentan complicaciones materno-fetales esto lo prueba el 50% de las pacientes a diferencia del 17% que fueron gran múltiparas. También se encontró que los desgarros del canal de parto fueron del 36% lo opuesto de la atonía uterina con un 26%. (Altamirano & Mercedes, 2016)

Así mismo en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel del Ecuador en el periodo de Enero del 2015 a Febrero del 2016 se realizó un estudio investigativo a 100 pacientes puérperas de las cuales se demostró que el 47% de las mujeres entre 20-29 años y el 45% de la mujeres múltiparas fueron considerados los factores predisponentes para desarrollar hemorragia posparto, también se determinó que la causa principal fue la hipotonía uterina con el 63% de casos seguido del 18% por desgarros genitales. (Lema & Tatiana, 2017)

Para describir la incidencia de la hemorragia posparto en el Hospital de mediana complejidad en Bogotá , Colombia entre el 1 de Febrero y el 31 de Octubre

de 2016 López-García, Ruiz-Fernández, Zambrano-Cerón, & Rubio-Romero

se presentaron 35 casos de HPP siendo la principal causa la hipotonía uterina 82%, el 68,6% de las pacientes se administró medicamentos uterotónicos basado en oxitocina entre 20 a 60 UI, en el 11,4% requirió taponamiento uterino para controlar el sangrado, 5,6% se realizó sutura de B-Lynch e histerectomía subtotal y solo al 0,67% se le activó el código rojo. (López-García, Ruiz-Fernández, Zambrano-Cerón, & Rubio-Romero, 2017)

En

la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí de México, las pacientes atendidas entre Enero de 2011 y Diciembre del 2015 se registraron 657 hemorragias obstétricas, de las cuales se realizaron 58 histerectomías siendo las principales causas la atonía uterina 36,2%, acretismo placentario 32,7%, placenta previa 12%, se registró una muerte materna secundaria a hemorragia obstétrica posparto. (Fernández-Lara, Toro-Ortiz, Martínez-Trejo, de la Maza-Labastida, & Villegas-Arias, 2017)

En

el Hospital General "Ciro Redondo García", Artemisa, Cuba en el periodo de Enero 1988 a Febrero del 2017, utilizó una muestra de 51 pacientes con hemorragias obstétricas que no fue posible controlar con otros métodos, predominando la histerectomía total más ligadura de las arterias iliacas hipogástrica a 25 pacientes que representa el 49% y en 17 casos (33.3%) se practicó la histerectomía subtotal más ligadura de las arterias iliaca internas o hipogástricas. (Cayon, 2018)

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Este trabajo es de tipo documental, bibliográfico basado en el análisis de artículos, de revistas científicas, guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, tesis utilizando buscadores bibliográficos como Google académico, Medigraphic, Scielo, revistas científicas a nivel mundial, recopilando información más relevante acerca del tema del proyecto de investigación. Se utiliza como técnica de investigación la hermenéutica para analizar e interpretar los textos que presenta los diferentes autores en sus artículos. Para

realizar la investigación y recoger información se seleccionaron artículos referentes al tema a nivel internacional y local, luego se procedió a dar lectura a los artículos para escoger los que iban a formar parte de nuestro estudio, al seleccionar los artículos se procedió a unificar las ideas de cada estudio de los distintos autores para finalmente ser sometidos a un análisis completo y discusión y así llegar a una conclusión de la temática, esto se realizó en computadora personal en conjunto con reuniones con el tutor designado para la investigación.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA La hemorragia posparto es un problema de salud a nivel mundial y nacional, la OMS reporta que en el mundo se registran 536.000 muertes maternas de las

cuales 140.000 son originadas por hemorragia obstétricas que representa el 25% del total de las muertes maternas.

Se

estima que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América latina sufren HPP, Además, en Ecuador es considerada como la segunda causa de muerte obstétrica directa con un porcentaje de 13,55%, en Nicaragua se registró en el 2014 que el 34,4% de las muertes maternas fueron a causa de esta.

En el trabajo investigativo realizado en Brasil, María de Lourdes y sus colaboradores Identificaron 22.281 muertes maternas, entre las cuales 3.179 se debieron a hemorragias siendo responsable por 14,26% de total de las muertes.

Si bien es cierto la teoría informa que los factores de riesgos son la edad avanzada, multiparidad, hemorragia en embarazos previos, anemia, tabaquismo, enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, sin embargo en un estudio realizado en el hospital Gineco-obstétrico Docente "Mariana Grajales" de Villa Clara de Enero 2012 a Diciembre 2014 en Cuba

por Suarez González y el grupo de investigadores Santana Beltrán,

evidenció que la multiparidad representó el 80.6% de riesgo, en comparación a las nuliparidad que fue del 21,7%; este resultado coincide con la investigación en Ecuador en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde de Procel donde

el factor de riesgo que predomina es la multiparidad con 45%, de la misma manera en la ciudad de Guayaquil la obstetra Chiriboga Dorado realizó su investigación en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el que se evidenció que la multiparidad representa un 50% en comparación con el 37% de las primíparas. Otra investigación en Cuba de Lugo Sánchez realizada en el Hospital de Guanabacoa manifiesta que las múltiparas tienen mayor riesgo que las nulíparas con el 16%. Aunque en el estudio realizado en el Hospital José María Velas Ibarra en Tena por Cruz Altamirano difiere con los anteriores estudios al demostrar que las nulíparas presentan el 50 % de riesgo en comparación con la multiparidad que representa el 17%. En los artículos analizados la edad avanzada es uno de los factores de riesgo que predomina, se evidencia en la ciudad de Guayaquil en

el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel del Ecuador en el periodo de enero del 2015 a febrero del 2016

que el 47% de las mujeres entre 20-29 años presentaron HPP, sin embargo, en Tena, Cruz Altamirano evidenció en su investigación que el 54% tenían menos de 20 años en comparación con las mujeres de 21 a 30 años con un 34%; este resultado coincide con el estudio del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el que muestra que el 34% tuvo HPP entre los 20 – 25 años y menor porcentaje el grupo comprendido entre 38 – 42 años con un 5%. En base a este análisis queda evidente que es más predisponente a una

hemorragia posparto las mujeres menores de 20 años de edad en comparación a las mujeres con edad avanzada.

El MSP en su guía práctica clínica manifiesta a la atonía uterina causando el 80% de los casos, seguido de lesiones en el canal del parto, retención de tejidos y trastornos de la coagulación, esto se relaciona a un estudio hecho en Cuba

por Suárez González en

la cual presenta que la mayor causa fue la atonía uterina con un 45,7% seguido por la rotura uterina con 15,2% y el acretismo placentario 13%. Por el contrario una investigación realizada en México

el periodo comprendido entre el 6 de junio del 2011 al 29 de enero del 2014 en el Hospital de Gineco-obstetricia N° 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" del IMSS,

muestra como

principal causa el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 33,9% y la atonía uterina 23,7%,

asi mismo en

la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí de México, entre Enero de 2011 y Diciembre del 2015 las principales causas fue la atonía uterina 36,2%, acretismo placentario 32,7%, placenta previa 12%,

aunque en Honduras en el Hospital Escuela de Tegucigalpa

predomina como principal causa el trauma del canal de parto con 39% seguido de retención de tejido con 34%, por otra parte en Ecuador

en el Hospital Gineco obstétrico Dra. Matilde Procel demuestra

que la causa principal fue la hipotonía uterina con el 63% de casos seguido del 18% por desgarros genitales,

este coincide con Bogotá, Colombia entre el 1 de Febrero y el 31 de Octubre de 2016 López-García y sus colaboradores la principal causa fue la hipotonía uterina con el 82%. Incluso Cruz Altamirano en el Hospital José María Velasco Ibarra del Tena durante el periodo octubre 2013 a marzo 2014, dio como resultado que los desgarros del canal de parto fueron del 36% lo opuesto de la atonía uterina con un 26%.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

De acuerdo a las revisiones bibliográficas y de campo de los artículos científicos de la temática se puede concluir que la hemorragia posparto continua siendo la causante de muertes maternas,

dando como resultado que a nivel mundial es la primera causa de muerte y a nivel nacional es la segunda causa de muerte obstétrica, en distintos países varia el porcentaje total de las muertes maternas por hemorragia posparto las razones para esta elevada incidencia puede ser a causa de la despreocupación de las madres en los controles prenatales, por una práctica inadecuada del manejo activo del alumbramiento por personal de salud o la demora en el reconocimiento ante un shock hipovolémico.

Se concluye que los principales factores predisponentes en cuanto los estudios son la multiparidad, de igual modo la edad promedio entre 20 -35 años, aunque también incluyen a las mujeres menores de 20 años.

De acuerdo a las causas se destacan la hipotonía uterina, trauma en el canal del parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, acretismo placentario dando como resultado a que no solamente la atonía uterina es la causa con mayor porcentaje en

la HPP.

Al conocer cada uno de estos aspectos es necesario que el personal de salud debe estar al tanto de los situaciones que hacen vulnerables a las mujeres para padecer esta complicación y sobre todo estar netamente capacitado para actuar ante las causas y así poder aplicar las técnicas

necesarias que disminuirán

el índice de morbilidad y mortalidad materna en el país y en el mundo.

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/

1 88%

mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría

de las

1: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/ 88%

mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La mayoría de las

Instances from: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Codigo%20Rojo_7A.pdf

2 78%

parto intervenido, parto precipitado, episiotomía, cirugía uterina previa, hiperdinamia, acretismo, maniobra de crede, excesiva tracción del cordón. Tejido: Retención de tejidos

2: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Codigo%20Rojo_7A.pdf 78%

Parto intervenido, parto precipitado, episiotomía Ruptura uterina Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia Inversión uterina Acretismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran multípara Tejido 9% Retención de tejidos

Instances from: d354b1f3-1db8-4a5e-b3bf-49ec725ac0e0

3 77%

choque hipovolémico de Baskett enfatizando dos aspectos: • Debido al aumento del volumen plasmático que ocurre en la mujer durante el embarazo, un porcentaje de pérdida dado representa para ella un volumen mayor que en la mujer no embarazada. •

3: d354b1f3-1db8-4a5e-b3bf-49ec725ac0e0 77%

choque hipovolemico de la clasificacion de Baskett (54), enfatizando dos aspectos importantes: en primer lugar, debido al aumento del volumen plasmatico que ocurre en la mujer durante el embarazo, cualquier porcentaje de pérdida representa para la gestante un volumen mayor que en la mujer no embarazada.