
Hemorragia posparto inmediata en gestantes adolescentes: Etiología, factores de riesgos y complicaciones.

Immediate post-partum hemorrhage in adolescent gravidae: etiology, risk factors and complications.

Yahaira Coello Ching*

RESUMEN

Tipo de estudio: se realizó estudio retrospectivo, observacional, aleatorio, en 981 casos en gestantes diagnosticadas con hemorragia posparto inmediata, los cuales fueron atendidas en el hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor", en la ciudad de Guayaquil, durante el período comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2002. **Objetivos:** demostrar la frecuencia de hemorragia posparto inmediato, en gestantes adolescentes, y la causa etiológica más frecuente, la vía de terminación más propensa a sufrir HPPI y sus complicaciones adversas. **Resultados:** las edades de las gestantes fluctuaron entre los 13 y 20 años, con un promedio de 17 años de edad. El universo fue 981 casos de gestantes, las cuales sufrieron HPPI por diferentes causas, de las cuales se sustrajo una muestra de 71, los cuales reunían los criterios de inclusión de este estudio: **hipotonía uterina; alumbramiento incompleto, desgarros vaginales, desgarros cervicales; ruptura uterina; abruptio placentae.** **Conclusiones:** las causas genitales son las que con mayor frecuencia ocasionan HPPI, así mismo se destaca que es la atonía uterina la de mayor prevalencia; que las primigestas son las que más frecuentemente están propensas a padecer una HPPI; la vía de terminación de parto en la que se observó mayor tendencia a HPPI, fue la vaginal.

Palabras clave: Hemorragia posparto inmediata. Hipotonía uterina. Alumbramiento incompleto. Ruptura uterina. Abruptio placentae.

SUMMARY

Study type: An observational, retrospective and randomized study was performed in 981 cases of pregnant women diagnosed with Immediate Pos-partum hemorrhage who were assisted in "Enrique C. Sotomayor Hospital in Guayaquil, during the period of October- December 2002. **Objectives:** To demonstrate the frequency of Immediate Pos-partum hemorrhage in adolescent pregnancies, and the most frequent etiology, the route of delivery most prone to undergo Immediate Pos-partum hemorrhage and its adverse complications. **Results:** Gravidae were aged between 13 and 20 years with an average age of 17 years. The universe has 981 gravidae who suffered IPPH from different causes, from whom we obtained a sample of 71 who met the inclusion criteria of this study: uterine hypotony, incomplete afterbirth, vaginal tears, cervical tears, uterine rupture, abruptio placentae. **Conclusions:** The genital causes are those of the highest frequency, as well as uterine atony is the one with the highest prevalence; primigravidae are the most frequently prone to experience a IPPH; the route of delivery in which we observed the highest tendency to IPPH was the vaginal one.

Key words: Immediate pospartum hemorrhage. Uterine hypotony. Incomplete afterbirth. Uterine rupture. Abruptio placentae.

Introducción

Según la literatura médica, la hemorragia posparto complica aproximadamente el 3.9% de partos vaginales, y el 6.4% de cesáreas¹, en cualquier grupo fértil de mujeres de variadas edades, implica alrededor de 10% de mortalidad materna, no debida a abortos³. Una mujer con hemorragia posparto inmediata, suele tener una estancia hospitalaria mayor, aumentando los gastos económicos, además de presentar altos riesgos de contagio de enfermedades nosocomiales y al ser receptor de unidades de sangre; también se dificulta la relación binomio madre e hijo; altera la organización del hogar porque no puede incorporarse rápidamente al medio familiar, y repercute en un gran problema socioeconómico, sin dejar a un lado el estado anímico de la madre al tener que sobrellevar su embarazo siendo adolescente¹⁷.

La hemorragia posparto se define como excesivo sangrado después del parto: mayor de 500ml en parto vaginal y más de 1000ml, después de cesárea; dicha hemorragia puede ocurrir antes, durante o después del alumbramiento⁸.

Las pérdidas sanguíneas dentro de las primeras 24 horas, se ha definido como hemorragia posparto inmediata (HPPI), mientras las hemorragias que se producen posterior a 24 horas hasta la 6ta. semana, se han definido hemorragias posparto tardías (HPPT). Como los cálculos clínicos no son confiables con una tendencia a subestimar la incidencia de HPPI de 30% a 50%, muchos autores recomiendan hoy un esquema más objetivo como la disminución del hematocrito, tan bajo como 21%, o la necesidad de transfusión.

Resaltando que en nuestro medio la mayor cantidad de embarazos se dan en adolescentes, se consciencia a la juventud de la problemática del tema, como consecuencia de embarazo mal controlado y sobretodo inadecuado, para un grupo tan joven como lo son adolescentes de 11 a 20 años de edad^{2,5}.

La HPPI tiene como causa más frecuente, la atonía uterina y múltiples factores de riesgos. (Cuadro 1 y 2).

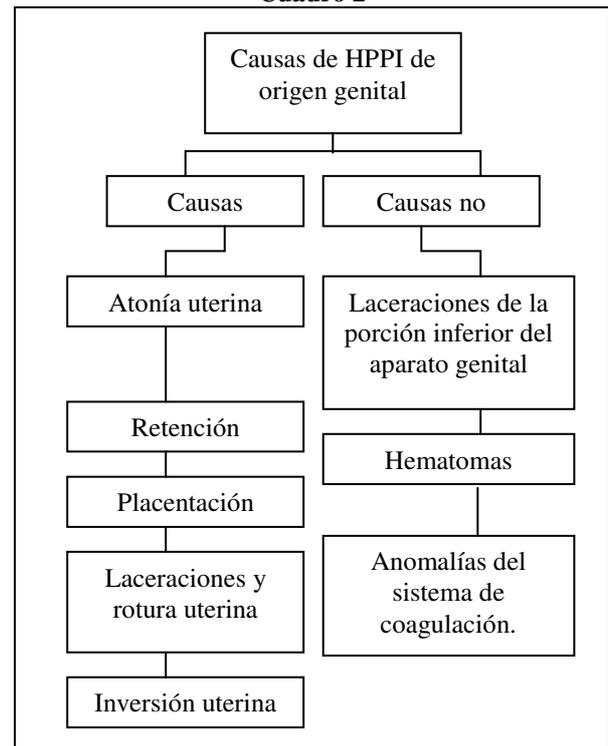
Cuadro 1

1. Antecedente de HPPI.
2. Anemia durante la labor.
3. Multípara.
4. Útero sobre distendido, feto grande, gemelas, polihidramnios.
5. Después de trabajo de parto prolongado.
6. Después de inducción o conducción del trabajo de parto con oxitocina.
7. Parto vaginal después de una cesárea previa.
8. Manipulación intrauterina.
9. Anestesia general para el parto y parto con fórceps.
10. Coagulopatías.
11. Preclampsia severa o eclampsia

Factores de riesgo de HPPI.

Fuente: Libro Anomalías del tercer período del parto, 4ta Edición Barcelona, Editorial Masson. Cuning Mac Donald et al. Williams Obstetricia. Pág.: 603-612, 1996.

Cuadro 2



Fuente: libro Anomalías del tercer período del parto 4ta Edición, Barcelona Editorial Masson, Cuning Mac Donald et al. Williams Obstetricia. Pág.: 603-612, 1996.

Tomando en cuenta que las complicaciones más frecuentes destacan anemia, reacciones transfusionales, enfermedades como: VIH, hepatitis, riesgos de infección, riesgos de anestesia, se lleva a cabo este estudio.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional, aleatorio en el hospital maternidad “Enrique C. Sotomayor” que se caracteriza por ser el centro de atención materno-infantil de mayor cuantía, dada su ubicación y por el auge de población de nuestra ciudad, destacando la infraestructura y servicio médico de calidad.

Se estudió datos de edad (adolescencia temprana, media y tardía), procedencia (urbana, urbano marginal y rural), paridad (primigesta, secundigesta y multigesta), terminación del embarazo (vía vaginal o cesárea), etiología de HPPI, tratamientos más usados, prevalencia de HPPI y su mortalidad.

Criterios de inclusión

- Mujeres con hemorragia posparto inmediata mayor de 600cc por parto vaginal y mayor de 1000ml por cesárea.
- Mujeres entre 11 a 20 años de edad.
- Finalización de embarazo por parto vaginal o cesárea.
- Mujeres que presenten niveles de hematocrito y hemoglobina pre y posparto.
- Mujeres que parieron entre los meses de octubre a diciembre de 2002.

Criterios de exclusión

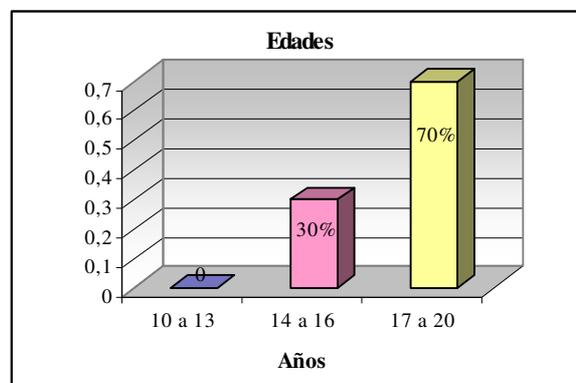
- Mujeres con ausencia de exámenes de laboratorio, previo al parto.
- Historia clínica incompleta.
- Mujeres menores de 11 años y mayores de 20 años de edad.

Resultados

Se agrupan gestantes adolescentes: adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años), y adolescencia tardía (17 a 20 años), obteniéndose: que no hubo ningún embarazo registrado en lo que comprendería adolescencia temprana; y a partir de adolescencia media, se registran 21 casos (29.5%) con una media de 7 DS 4.58; en cambio en el grupo de adolescencia tardía, el número de casos fue de 50 (70%) media

6 y DS 14. Con estos resultados, se entiende que la HPPI se presentó con mayor incidencia en el grupo de edades de 17 a 20 años, gráfico 1.

Gráfico 1



70% de mujeres en edades de 17 a 20 años presentaron hemorragias posparto.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital maternidad “Enrique C. Sotomayor”.

En cuanto a procedencia se reporta; de la zona urbana: 11 casos (15.4%), de la urbano marginal 24 casos (33.8%), mientras que de la rural se recogió 36 casos (50.7%), como se detalla por lo descrito, la mayoría de las mujeres que padecieron HPPI en nuestro estudio, provinieron de zonas rurales, quizás debido a que los centros de salud, de dichas zonas, no cuentan con equipo especializado y medicamentos indicados, lo cual influiría en la severidad del estado de las mujeres al llegar a la maternidad Sotomayor aquí en Guayaquil, tabla 1.

Tabla 1

Procedencia	Casos	%	Media	Ds
Urbana	11	15.4%	3.6	1.16
Urbana marginal	24	33.8%	8	3.4
Rural	36	50.7%	12	70.3

Procedencia.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital maternidad “Enrique C. Sotomayor”.

Respecto a la paridad, observamos que las primigestas representadas por 83% de mujeres con HPPI y con una media de 19.3, DS2.51, encabezan el grupo más propenso, de padecer HPPI, las secundigestas representaron un 11% con media de 2.6 y DS 0.59, sin desmerecer las multigestas adolescentes con HPPI representadas por 7% media de 1.6 y DS 0.59, tabla 2.

Tabla 2

Paridad	Casos	%	Media	DS
Primigesta	58	82%	19.3	2.51
Secundigesta	8	11%	2.6	0.59
Multigesta	5	7%	1.6	0.59

Paridad. Las primigestas presentaron en un 82% hemorragia posparto inmediata.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor".

Habría que profundizar y entrelazar la paridad con la vía de terminación del parto de las primigestas, para develar de esta forma, la causa que influyó sobre estas de padecer HPPI en mayor cuantía; es por ello que se recopilan datos, con respecto a la terminación del embarazo, donde la vía vaginal con 60 casos (86%) y por cesárea 11 casos (15%), es información de gran valía, pues así se comprueba que la vía vaginal, fue la más propensa de padecer HPPI en gestantes adolescentes en este estudio.

Tabla 3

Vía	Casos	%	Media	DS
Vaginal	60	85%	20	7
Cesárea	11	15%	3.6	2

Terminación del embarazo.

Fuente: Departamento de Estadística de hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor".

En lo referente a la causa de HPPI, la hipotonía uterina con 32 casos (45%); es la más frecuente. El alumbramiento incompleto, también develó un alto porcentaje (43%), llegando a competir con la atonía; continuando el desgarro vaginal con un 4.2% media 1; de igual forma el abrupto placenta, presenta los mismos datos, demostrándose que ambas causas se dan por igual; mientras que la ruptura uterina y el desgarro cervical con 1%, y con una media de 0.3 cada una, tabla 4.

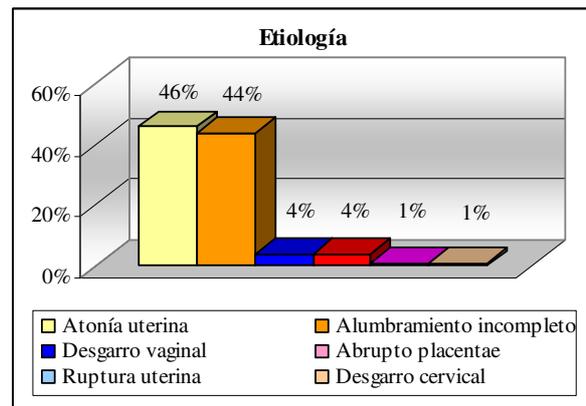
Tabla 4

Etiología	Casos	%	Media	DS
Atonía uterina	32	46%	10.6	12.74
Alumbramiento incompleto	31	44%	10.33	13.8
Desgarro vaginal	3	4%	1	1
Desgarro cervical	1	1%	0.57	0.57
Ruptura uterina	1	1%	0.57	0.57
Abrupto placentae	3	4%	1	1

Etiología.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor".

Gráfico 2



Fuente: Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor".

En lo que respecta a tratamiento, por los resultados obtenidos, los oxitócicos (61.9%) son los llamados tratamientos de primera línea en casos de una HPPI, seguidos por las transfusiones sanguíneas (22.50%) según la severidad del caso. De tal manera encontramos como tratamientos usados, a los legrados (11.26%); a la histerectomía (1%), el tapón de gasa (1%), tabla 5.

Tabla 5

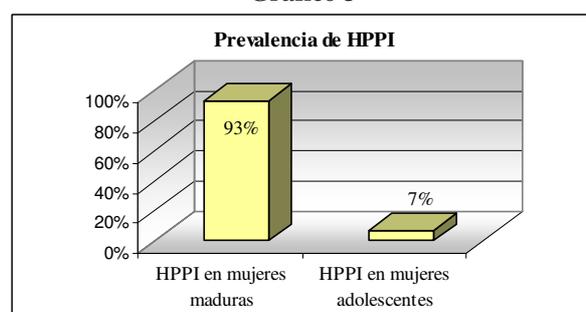
TX	Casos	%	Media	DS
Transfusiones	16	23%	5.3	0.59
Oxitócicos	44	62%	14.6	1.16
Legrados	8	12%	2.6	0.59
Histerectomía	1	1%	0.3	0.57
Tapón de gasa	1	1%	0.3	0.57
Otros	1	1%	0.3	0.57

Tratamientos.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor".

La prevalencia fue de un 7.8% en comparación con un 92.7% en gestantes de edades maduras, gráfico 3.

Gráfico 3



Fuente: Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor".

La mortalidad por HPPI en nuestro estudio, fue baja, pues se encontraban hemodinámicamente estable, salvo de 1 defunción (1%), tabla 6.

Tabla 6

Mortalidad	Casos	%	Media	DS
Viva	70	99%	23.3	5.8
Muerta	1	1%	0.3	0.57

Mortalidad.

Fuente: Departamento de Estadística de hospital maternidad “Enrique C. Sotomayor”.

Discusión

Este estudio revela que 71 (7,23%) casos de mujeres, presentaron un Hcto. de 26%, de las cuales (16 casos) 22.5%, se les realizó transfusiones sanguíneas; estas cifras coinciden con los proporcionados por Pritchard, cols.^{2,4,5} demostrando que habiendo una pérdida de más de 500ml en parto vaginal, o más de 1 litro por cesárea fue necesario transfundir en pacientes sangre, con un Hcto. modificable del 10% y, si esta pérdida sanguínea había sido dentro de 24 horas después del parto. Tomando en cuenta la importancia de la vía de finalización del embarazo se revelo que por parto vaginal 86% y 15% por cesárea presentaron HPPI destacándose, la vía vaginal como la más afectada en este estudio. La HPPI complica aproximadamente en un 3.9% los partos vaginales, y 6.4% las cesárea^{3,14,7,9}.

La paridad mostró cierta tendencia hacia las primigestas (83%); investigando se encontró que las multigestas se destacan como factor de riesgo predisponentes para HPPI, sin referir edad⁸. Es por ello que nos atreveríamos a sugerir, que factores adicionales afectan a la producción de HPPI, en este caso en las primigestas, dado que en la gran mayoría fue parto vaginal, pudiendo sospechar la inducto-conducción del trabajo de parto, a la hiperestimulación con oxitocina, y por ende, dirigirlos a una inercia uterina^{6,12}, la cual destacó como causa de mayor de HPPI en nuestro estudio, con 45% .La inercia uterina destaca con un 90% de los casos^{3,6,12}.

Cabe recalcar que la prevención de la HPPI es mejor que el tratamiento; actualmente se promueve el uso preventivo de misoprostol, un a PG E 1, por vía sublingual a 100ug, o vía vaginal 800ug, repartidos 400ug transcervical, después de extraer la placenta, y los otros 400ug al finalizar el

procedimiento en el fondo de saco vaginal, después de extraer el coágulo del útero, mediante presión bimanual vagino-abdominal, más oxitocina IV posparto^{13,15,16}.

Las mujeres que participaron en este estudio, fueron mujeres en edades fértiles; que oscilaban entre 11 y 20 años de edad, reveló que un 7.23% de ellas presentaban HPPI. La hemorragia posparto puede presentarse como complicación en cualquier grupo fértil de féminas de variadas edades^{10,11,20}.

La mortalidad reportada en este estudio, del 1% difiere a la publicada en países desarrollados con un 30%^{11,12}.

Respecto a la procedencia de nuestras pacientes, en su mayoría fueron de zonas rurales (50%); quizás por esta razón, al no tener en su centro de salud más cercano los elementos requeridos para una emergencia, como lo es la HPPI cuando no se la atiende a tiempo, con el equipo especializado y medicamentos indicados, influya en la severidad de su estado, detectado en el hospital maternidad “Enrique Sotomayor”.

La supervivencia materna puede mejorar ante las mejoras de la atención obstétrica de emergencia, restaurando quirófanos, estableciendo bancos de sangre dentro de los hospitales; preparando a enfermeras auxiliares, médicos residentes ante una emergencia como es HPPI, para disminuir el tiempo que tome recibir atención adecuada, y sobretodo, estableciendo proyectos que ayuden a utilizar mejores sistemas de transporte y comunicación, para de esta manera paliar en algo el tiempo que se pierde mientras llega la mujer establecimiento debidamente equipado^{18,19,20}.

Recomendaciones

- Se recomienda valorar riesgo relativo y ocurrencia relativa del HPPI.
- Elaborar un protocolo posparto inmediato para unificar criterios en cuanto a signos y síntomas, hematocrito postparto para no realizar sobrevaloración o subvaloración de pacientes con posible HPPI.
- Elaboración de algoritmo de intervención medica frente a HPPI.

- Usar oxitócicos y agonistas con prudencia en la inducto -conducción del trabajo de parto.
- Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con drogas y maniobras para prevenir la hemorragia posparto en pacientes de alto y bajo riesgo de hemorragia que tengan parto vaginal.

Referencias bibliográficas

1. Bakar A. Una estrategia para reducir la mortalidad materna. Boletín de la Organización mundial de la salud. 1 204-205. 1999.
2. Bellart Cabero Hemorragias del parto y el alumbramiento en Cabero. Riesgo elevado obstetrico, Barcelona Editorial Masson S.A. 537-545-1996.
3. Cuning Mac Donald et al. Williams Obstetricia Anomalías del tercer período de parto 4 ta. Ed Barcelona Editorial Masson 603-612 1996.
4. Chiwuzie JO. Kolocha Ch. et al Aspectos socioculturales de la hemorragia en le embarazo Foro mundial de la salud 182006-210. 1997.
5. Derek Ll. Jones S. Abraham y Jeremy Oats, Ginecología y Obstetricia 7ma edición Editorial Mosby. Harcourt. pág. 137-139, Año 2000.
6. Feliz García: Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas actuales. Tomo 2 año 1995. Pág. 265.
7. Felix García: Clínicas de Ginecología y Obstetricia .Tomo 4 Pág. 763, Año 1994.
8. Gilsprant Ramin Hemorragia posparto: Clínicas Obstetricia y Ginecológicas tomo 4 Pág. 463-468 Año 1994.
9. Helen L. Frederickson, MD. Louise Wilkins MD PH: Secretos de la Ginecología Laboratorio Chalver, Pág. 173.176, Año 1997.
10. Heredia Luís: Rotura espontánea de útero asociado a acretismo placentario y utero bicornes, Progresos de Obstetricia y Ginecología Vol. 44 No 11, Artículo, mes Noviembre año 2002.
11. Nicholas C. Lambrou Abraum N. Morse. Johns Hopkins Universitu: Ginecología y Obstetricia. Edicion Marban. Pág. 57-58. Año 2001.
12. Miguel Esparza. Misoprostol vaginal para la prevención de la hemorragia posparto Art. Gineco obstet Mex Vol. 70 No 11 México DF Nov 2002.
13. Maicol Eandarza. Prevención de las hemorragias postarto: Manejo activo del tercer periodo de parto. www.mnh.jhpiego.org/translations/pphacnbgs p.pdf. Maternal Neonatal Health. 11/01/2004.
14. Hemorragia postparto http://perinatal.bvsalud.org/El/temas_perinatales/hemorragia.htm. 13/01/2004.
15. Barbara Shane. Revista Out-Look Vol. 19 No 3 Abril 20002 .Prevención de la hemorragia posparto: Manejo del tercer periodo del trabajo de parto .www.rhoespanol.org/pdf19-3pdf. 13/01/2004.
16. Ventajas de la lactancia materna. <http://www.copeson.org.mx/lactancia/ventajas/htm>.www.encolombia.com, medicina/alergia/alergia /11202 lactancia materna. 15/01/2004.
17. Beliza J. Estrategias para lograr una mejoría en los resultados de control prenatal. www.sondaorg.ar/revista%20sand%c3%A2/96ª/7-11pdf. 15/01/2004.
18. Torres C. Atención al puerperio. <http://jaguactg.s/d.cu/ginecologia.buenaspracticas/puerperio.htm>. 16/01/2004.
19. Harvey Black. Iniciativas de sociedades hermanas salva madres en Centroamérica. www.paho.org/spanish DPI/No11_Art 5.htm. 16/01/2004.

Dra. Yajaira Coello Ching

Teléfonos: 593-04-2347261; 097553929

Fecha de presentación: 11 de agosto de 2004

Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2006

Traducido por: Dra. Rossana Calderón Moreno.