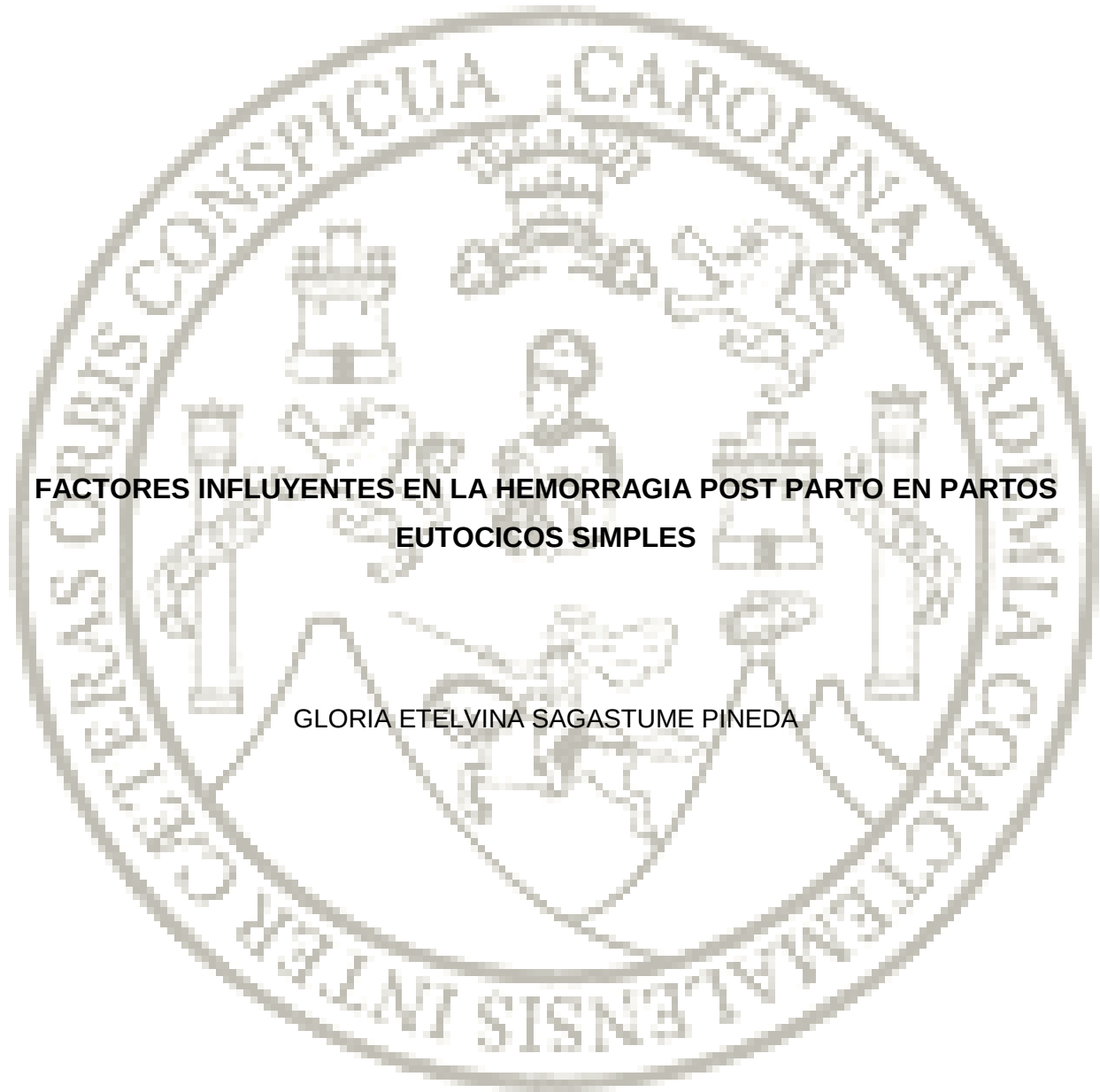
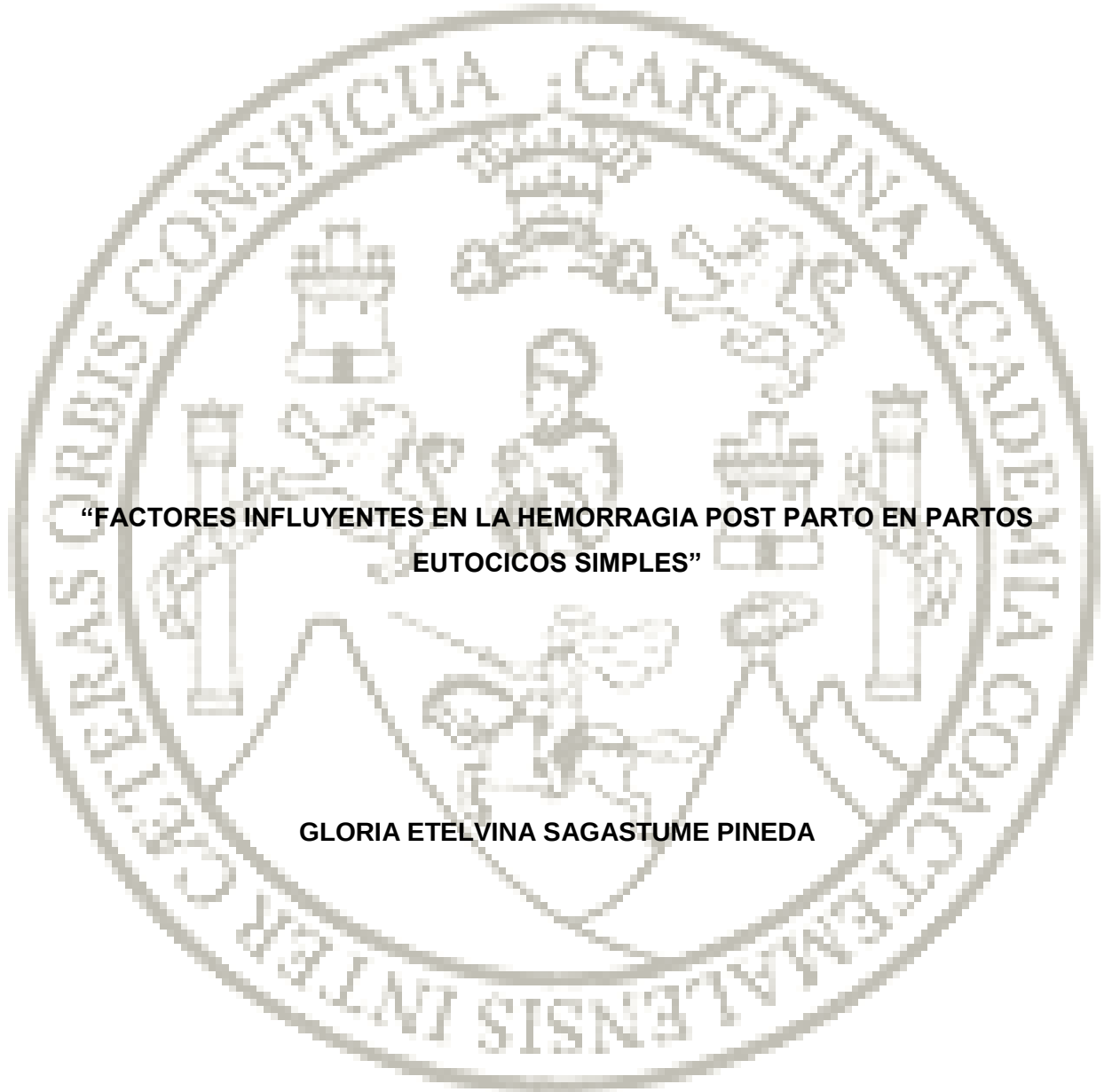


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el grado de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal
Junio 2015

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA MATERNO-NEONATAL



**“FACTORES INFLUYENTES EN LA HEMORRAGIA POST PARTO EN PARTOS
EUTOCICOS SIMPLES”**

GLORIA ETELVINA SAGASTUME PINEDA

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el grado de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal
Junio 2015

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por permitirme llegar a este momento especial en mi vida por darme salud en los momentos difíciles, por su infinita misericordia y pro su gran amor.

A mis Padres

Erwin Arnolando Sagastume (+)

Amanda Pineda (+)

Por darme un ejemplo a ser emprendedora, perseverante y constante para lograr alcanzar nuestros objetivos, por darme sus sabios consejos y valores para llegar a ser una persona de éxito y ejemplo para mis hijos y mi nieto.

A mis Hijos

Michellita

Por estar presente en cada momento de mi vida y por su amor incondicional.

Carlitos

Por su amor incondicional y su apoyo.

Marielos

Por su gran apoyo y su amor incondicional.

Que este logro obtenido sirva de inspiración para que ustedes terminen y logren alcanzar los objetivos profesional que se han trazado

A mi Nieto

Javier

Por su apoyo y su amor incondicional, esperando que esta meta alcanzada sirva de motivación para conseguir las metas que el se proponga en futuro.

A mis Hermanos

Vilma, Edith y Alfredo

Por su apoyo y su amor incondicional.

A mi Docente

Doctora Rutilia Herrera

Por proporcionarme nuevos conocimientos durante mi preparación en la maestría y su incondicional apoyo.

A mi Escuela Nacional de Enfermería de Guatemala

Por los conocimientos adquiridos, por enseñarme la importancia de la humanidad en nosotros las Enfermeras y Enfermeros por templar uno de los muchos estudios que podemos realizar en beneficio de las personas que necesita de nuestra atención.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

En especial a la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Medicas, por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	10
III. OBJETIVOS	48
IV. MATERIAL Y METODO	49
V. RESULTADOS	55
VI.DISCUSIÓN YANALISIS	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRACIAS	66
VIII. ANEXOS	67

RESUMEN

OBJETIVOS Identificar los factores influyentes en la hemorragia post parto en mujeres que fueron atendidos sus partos en la Maternidad Periférica de Amatlán durante los meses de febrero a mayo del 2013.**METODOLOGIA** Estudio retro prospectivo realizado con la recolección de la información a través de un listado de chequeo de 11 ítems estructurados, teniendo presente especificaciones de la investigación el cual pretende obtener información necesaria para lograr alcanzar los objetivos.**RESULTADOS** Se realizó un estudio retrospectivo con la totalidad de casos de hemorragia pos parto ocurridos en la maternidad periférica de Amatlán.

I. INTRODUCCION

Cada día mueren unas ochocientas mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

La causa más común de la mortalidad materna son las hemorragias postparto también pueden provocar daños severos al organismo, como anemias por pérdidas severas de sangre, incomodidad a la paciente, desembolso económico.

El principal objetivo de esta investigación es describir los factores influyentes en la hemorragia post parto de las mujeres que fueron atendidos sus partos en la maternidad periférica de Amatitlán durante los meses de Febrero a Mayo del 2013.

Realizando un estudio trasversal en un tiempo definido en el cual se describen los factores influyentes de la hemorragia post parto de las mujeres que fueron atendidos sus partos en la maternidad periférica de Amatitlán, cuantificándolas en cantidades numéricas para efectos de estadística y realizar el análisis respectivo.

La población en la que se realizó el estudio son las Mujeres que fueron atendidos su parto en la Maternidad Periférica de Amatitlán durante los meses de Febrero a Mayo del 2013.

Concluyendo que la mujer embarazada debe tener un control prenatal para evitar estas complicaciones durante el parto evitando de esta manera alguna hemorragia post parto.

Las muertes maternas por hemorragias posparto son prevenibles. Las hemorragias postparto también pueden provocar daños severos al organismo, como anemias por pérdidas severas de sangre, incomodidad a la paciente, desembolso económico elevado familiar e institucional por la compra de unidades de sangre para transfusión y el riesgo de enfermedades transmisibles como consecuencia de una transfusión sanguínea contaminada.

La Maternidad Periférica de Amatitlán, jurisdicción del Área de Salud Guatemala Sur y como parte de la red de servicios de salud del país, con atención a los pacientes de los

municipios de Amatitlán, Villa Nueva, Villa Canales, San Miguel Petapa y comunidades aledañas, y con el único compromiso de contribuir a la meta de reducir el índice de mortalidad materna-neonatal llevando a cabo el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

Es un esfuerzo sostenido de parte del personal médico y de enfermería, por lo que considero importante la realización del presente estudio que ayudara a conocer los factores influyentes en la hemorragia post parto en mujeres que fueron atendidos sus partos en la Maternidad Periférica de Amatitlán durante los meses de febrero a mayo del 2013, disminuyendo los traslados al Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán y reintegrando a la madre en el menor tiempo posible a la familia y comunidad y contribuirá a medir en el futuro el impacto que ha causado a nivel local y nacional en relación a mortalidad maternidad.

La muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días post parto, debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el mismo, o su atención pero no por accidente.

La mortalidad materna es difícil de cuantificar con precisión debido a que existen deficiencias de como se identifican y se documentan las muertes por lo que hay sub registro de casos.

“Guatemala ocupa en región de las Américas el tercer lugar en razón de mortalidad materna, siendo la razón de mortalidad materna 153 por 100,000 nacidos vivos”. Según información del documento plan de acción para la reducción de la Mortalidad materna Neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva.

Este estudio es de gran relevancia para la profesión de enfermería pues servirá para efectuar acciones que ayuden a disminuir los casos de mortalidad materna y con ello ayudar a la población de mujeres Guatemaltecas y por ende a sus familias y a la sociedad.

El estudio está basado en el modelo y teoría de Enfermería de Leininger, teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los

profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran el conocimiento acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vistas internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada.

Describir los factores influyentes en la hemorragia post parto de las mujeres que fueron atendidos sus partos en la maternidad periférica de Amatitlán durante los meses de Febrero a Mayo del 2013.

Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2010.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, aunque en algunos países afecta más que a otros. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.¹

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- ✓ Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto).
- ✓ Las infecciones (generalmente tras el parto).
- ✓ La hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia).

¹ OMS Mortalidad materna nota descriptiva No. 348 Mayo de 2012.

En la región de Latinoamérica y el Caribe ocurren anualmente 22.000 muertes maternas que corresponden a 4% del total de muertes en el mundo en Colombia ocurrieron 591 en el año 2002 según datos consolidados del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La razón de mortalidad materna reportada por el DANE para el año 2000 fue de 104,9 por 100.000 nacidos vivos (790 muertes en total), cifra muy alta para el desarrollo del país y muy por encima de la razón de mortalidad de otros países de la región como Brasil con 44,9 x 100.000 nacidos vivos, Argentina con 43,5, Uruguay con 28 y Chile.

En Colombia, la mortalidad materna era muy alta en la década de los 50, disminuyó hasta la década de los 80 cuando se estancó, luego tuvo una disminución leve de 1986 a 1994 y desde entonces ha venido en aumento. La vigilancia epidemiológica y el seguimiento de las muertes maternas por el Instituto Nacional de Salud indican que la notificación es irregular y se estima que existe subregistro del 50% al comparar los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública con la implementación de un nuevo certificado de defunción por el DANE en 1995, aumentó el promedio de muertes maternas registradas anualmente y lo mismo ocurrió con la implementación del certificado de nacido vivo que mejoró el registro de los nacimientos del país, lo que ha hecho más confiable el cálculo de las razones de mortalidad materna.²

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio".

Además de las más de 20 mil muertes por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en América Latina y el Caribe, el número de mujeres que padecen prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo es todavía más elevado. La probabilidad de

² Secretaria Ejecutiva Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, Comisión Técnica de Vigilancia en Salud y Sistemas de Información de Centroamérica y República Dominicana.

morir durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer. En Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3.500.³

Con un registro de 139 mujeres muertas por causas relacionadas con el embarazo o parto, por cada 100 mil nacidos vivos, Guatemala ocupa el cuarto lugar en América Latina como uno de los países con las más altas tasas de mortalidad materna, según destacó la representante del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, en Guatemala. En Guatemala Entre las principales causas de la mortalidad materna se encuentran, hemorragia, infecciones, pre eclampsia y abortos.

“La hemorragia post parto es la primera causa de la mortalidad materna” 1ª. a nivel nacional. Según los datos estadísticos del Observatorio Retos y Desafíos en Salud Materna y Educación Integral en Sexualidad “Con una razón de muerte materna de 139 mm/ 100,00 nacidos vivos, (ENMM 2007) el promedio nacional esconde la realidad de 9 departamentos que durante los últimos 15 años, han aportado el 70% de las muertes maternas. El 80% de estas muertes son prevenibles. La hemorragia ocupa el primer lugar como causa de muerte materna (53%) El 60% de las muertes maternas se dan en los hogares. Según el observatorio en el año 2010 fueron 436 defunciones de mortalidad materna. Por lo que es necesario unir esfuerzos para la disminución de la tasa de mortalidad materna, ya que esta muerte materna se puede prevenir si realizan acciones para garantizar la salud de la mujer así como la unión familiar.

Recientemente, un video reportaje titulado “Mortalidad Materna en Guatemala”, producido por CERIGUA⁴, reveló que este problema no se limita al ámbito salud sino al valor que las sociedades dan a la vida de las mujeres. Las muertes maternas, por cada 100,000 mil nacidos para el nivel municipal se reporta 2 casos, no aplica la base de cálculo de la razón de mortalidad materna por cada 1,000 nacidos vivos.⁵

El municipio de Amatitlán, es una población localizada a 27 kilómetros de la Ciudad de Guatemala con una altura aproximada de unos 1188 metros sobre el nivel del mar. Cuenta

³Fondo de población de naciones unidas, UNFPA, en Guatemala. <http://noticias.com.gt/nacionales/20090318-guatemala-con-una-de-las-mas-altas-tasas-de-mortalidad-materna-en-america-latina.html>, Marzo 2013.

⁴Centro de Reportes Informativos sobre Guatemala.

⁵[http://sistemas.segeplan.gob.gt/sideplanw/sdppgdm\\$principal.visualizar?pid=recuadros_odm_pdf_114](http://sistemas.segeplan.gob.gt/sideplanw/sdppgdm$principal.visualizar?pid=recuadros_odm_pdf_114), Marzo 2013.

con varias de vías de acceso asfaltadas, la principal de ellas, es la carretera CA-9 o ruta al pacífico, la cual lo conecta con la Ciudad Capital y municipios vecinos como Villa Nueva, Villa Canales, San Miguel Petapa, Mixco y Palín en el departamento de Escuintla, este último es la población gemela de Amatitlán. Posee una población aproximada de 110,556 personas.

Amatitlán, cuenta con una rica historia de costumbres y tradiciones que vienen del tiempo de la colonia y que en general giran alrededor de la fe cristiana católica, aunque su fiesta patronal es el 24 de junio, día en el que se celebra la natividad de San Juan Bautista, existen dos fechas que son las principales en Amatitlán, una es el primer lunes de enero de cada año en el que se celebra a la Virgen del Rosario y el 3 de mayo en el que se celebra al Niño Dios de Amatitlán, siendo esta última fecha la más representativa y conocidas del municipio.

Actualmente y desde hace décadas, esta población que tiene la categoría de ciudad, es considerada como ciudad dormitorio, porque más del cincuenta por ciento de sus habitantes trabajan en la Ciudad de Guatemala y otras localidades cercanas, sin embargo, existen muchas industrias que desde hace años están asentadas en el municipio, tal es el caso de transnacionales como Bayer y Cementos Tolteca entre las más importantes.⁶

En el año 2000 en el Hospital Nacional de Amatitlán se realizó un estudio sobre personal que atendía los partos de pacientes que ingresaban a esta institución, en cual evidencio que el 99% era tendido por auxiliares de enfermería por la falta de especialistas en el área de labor y partos, lo que podía incrementar la morbi-mortalidad materno neonatal.

Es por esto que el Área de Salud de Guatemala en este momento toma la decisión de descentralizar la atención del parto eutócico simple.

Implementado una maternidad periférica para la atención de los partos eutócicos simple y así el Hospital Nacional de Amatitlán dará prioridad a las pacientes con embarazo de alto riesgo.

En febrero del año 2001 se presentan al de Área Guatemala el personal contratado bajo renglón presupuestario 029 para laborar en la maternidad periférica, sin embargo, por no contar con la infraestructura en ese momento, las autoridades deciden reforzar el

⁶ Wikipedia, Marzo 2013.

departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Amatlán, específicamente en la unidad de labor y partos.

La consulta externa de control prenatal y post nata se implementa dada la importancia de los servicios que ofrece esta maternidad y por sus estadísticas en la atención de partos, teniendo así un modelo de atención de las maternidades periféricas igual a las que funcionan en la ciudad capital de Guatemala.

En el año 2005 se realizan las gestiones para realizar la remodelación del edificio que ocupaba antiguamente la Jefatura de Área de Salud de Amatlán, así como su equipamiento y adaptación para el funcionamiento de la Maternidad; es así como el 26 de mayo del 2005 se inaugura las instalaciones de la Maternidad Periférica de Amatlán ofreciendo los siguientes servicios de atención al usuario.⁷

- Atención de emergencias gineco-obstetricia
- Atención prenatal
- Atención al parto no complicado
- Inmunización de TD a mujeres embarazadas y en edad fértil
- Conserjería sobre transmisión sexual
- Pruebas de VIH y VDRL
- Prescripción de micros nutrientes a mujeres embarazadas
- Referencia del parto distócico y complicaciones prenatales
- Cuidados del recién nacido normal
- Atención del pos-parto inmediato
- Salud reproductiva y consejería balanceada
- Inmunización de BCG y Hepatitis B al recién nacido
- Evaluación del neonato a los 28 días de nacido
- Control del puerperio (hasta 40días)

Se encontró el estudio titulado “Estudio retrospectivo-Descriptivo realizado en las pacientes que presentaron hemorragia post-parto admitidas al departamento de Gineco-

⁷MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS) Normas de Atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel

Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998”. Realizado por Orellana Téllez, Gerardo Antonio, las principales conclusiones son:

- a. Las causas más frecuentes de Hemorragia Post-Parto son Retención de Restos Placentarios, Laceraciones y Atonía Uterina.
- b. Entre los principales factores de riesgo que se presentaron tenemos: El parto por cesárea y el parto extrahospitalario, la gran multiparidad y el uso de oxitocina.
- c. El grupo etareo mayormente afectado por hemorragia post-parto ese el de mujeres jóvenes principalmente entre 26 a 30 años.
- d. Una cuarta parte de las pacientes recibió medicación pre-parto con oxitocina para inducir o conducir el parto.
- e. Más de un tercio de las pacientes recibe tratamiento farmacológico post-parto.
- f. No se demostró que la hemorragia post-parto sea causa de muerte materna en nuestro medio.

Se encontró el estudio titulado “Beneficios del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto para la disminución de complicaciones en hemorragias post parto”. Realizado por Joaquín González de Hernández, Elba Irene, las principales conclusiones son:

- a. La atención del parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto disminuye las complicaciones y conlleva a un pronto retorno de la paciencia a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento. Las complicaciones fueron mínimas no se presentaron molestia que les causara incomodidad. La comodidad y confort de la paciente es un aspecto importante que se pudo demostrar, las pacientes se sintieron cómodas con la cantidad de hemorragia que presentaban.

- b. El beneficio que proporciona el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto con la administración de un solo medicamento en la disminución de hemorragias post parto es comprobable, el análisis del instrumento a pacientes reveló que de 345 pacientes solo 9 presentaron hemorragias post parto y de ellas 1 fue atonía uterina, 1 retención de restos placentarios, las demás no hubo necesidad de acciones de emergencia y que se tomaran como hemorragias post parto severas.

- c. Uno de los beneficios del manejo activo es que las pacientes no tuvieron que hacer desembolso económico, no hubo necesidad de transfundirlas. Se considera un costo elevado la administración de una unidad de sangre por lo expresado por las 3 pacientes transfundidas en relación al pago de Q.600.00 por unidad y la dificultad de obtener un donador para reponerla. El porcentaje más alto de inversión económica en la compra de pañales desechables es relativamente bajo en relación a una unidad de sangre, siendo un beneficio grande para las pacientes.

II ANTECEDENTES

2.1. Factor:

El término factor esta especialmente vinculado a dos cuestiones bien distintas entre sí. Por un lado se usa para referirse al elemento o al condicionante que contribuye a la producción o el logro de un resultado. Y por el otro lado cada uno de los elementos que forma un producto.⁸

2.1.1. Tipo de factores

Se refiere a todos los elementos materiales e inmateriales que pueden influir en la hemorragia post parto, para fines de este estudio se tomaron los siguientes:

2.1.1.1. Factor Social:

Elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno. Se refiere a las actividades, deseos, expectativas grados de inteligencia y educación de las personas de una determinada sociedad.

2.1.1.2. Factor Económico:

Elemento que interviene en el proceso de producción de un bien⁹. Este tipo de factor es de vital importancia, ya que la necesidad de sobre vivencia al actual tiempo de crisis económica que vive el país afecta a la sociedad, ya que la población aumenta diariamente, y el trabajo es escaso principalmente a la mujer cuando se encuentra en estado de gravidez, es importante que la pareja adquiera responsabilidad económica pues debe contar con lo indispensable para cuando el bebe nazca ofrecerle seguridad; refiriéndose en este aspecto a un techo con servicios indispensables, un trabajo seguro para que el alimento no falte.

2.1.1.3. Factor Cultural:

El Diccionario Enciclopédico Universal menciona que cultura es el conjunto de estímulos ambientales que generan una socialización de los individuos en el

⁸OCEANO COLOR, Diccionario Enciclopédico Universal 3. Escómbrido Jurado. Edición 1996.

⁹OCEANO COLOR. Diccionario enciclopédico Universal tomo 3, Escombrido Jurado. Edición 1996.

en curso de su desarrollo¹⁰ por lo tanto esos estímulos ambientales marcan a la adolescente para aceptar su estado de embarazada y continuar en el mejor de los casos, felizmente con un embarazo que ha llegado a temprana edad; lo contrario sucede con aquellas jóvenes que además de su inmadurez física y emocional no encuentran el respaldo necesario para continuar con su vida normal y su embarazo.

2.1.1.4. Factor Psicosocial:

El embarazo en adolescentes muy pocas veces causal y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares¹¹

2.1.1.5. Factor Biológico:

- Parto prolongado
- Estimulación del parto
- Parto rápido
- Antecedentes de hemorragia postparto
- Episiotomía, fundamentalmente medio lateral
- Pre eclampsia
- Sobre distensión uterina (macrosomía, gemelar, hidramnios)
- Parto instrumentado
- Etnia hispánica o asiática

3. PARTO¹²

También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el período de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

¹⁰Ibid

¹¹BURGUER MORENO, María Concepción. Salud Reproductiva. Conductas de Riesgo. Embarazo y ETS. En Adolescentes Pediatría CMS "Chamberi". Programa del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid 2.000. p. 32.

¹²Wikipedia

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. El parto puede verse asistido con medicamentos como ciertos anestésicos o la oxitócina, utilizada ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento. Junto con la episiotomía (incisión quirúrgica en la zona del perineo), todo esto no debe hacerse nunca de manera rutinaria, ya que el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por cesárea: la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen Tipos de parto.

3.1. Parto vaginal espontáneo

Las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el nombre de posición de litotomía, ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical, por ejemplo agachada en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos. Idealmente, el entorno de la madre en el momento del parto debería ser de tranquilidad, sin prisas, intimidad y confianza: luz suave, pocas personas y pertenecientes a su entorno íntimo, una posición cómoda elegida por ella, tal vez música o flores o aromas si a ella le gustan. También existe el parto en agua caliente, en el propio hogar, en hospitales o en centros privados.

3.1.2. Parto vaginal con fórceps

Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y jalar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles.

3.1.3. Parto abdominal

Se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada cesárea. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé nazca vaginal.¹³

4. HEMORRAGIA.

Pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia.

Causas:

- Regla de las 4 “T”.
- Tono (atonía uterina)
- Tejido (retención de productos de la concepción)
- Trauma (lesiones del canal genital)
- Trombina (alteraciones de la coagulación)

4.1. Hemorragia Obstétrica en el Postparto

Si bien se han propuesto varias definiciones de la hemorragia postparto (HPP), la más aceptada la define como un sangrado vaginal >500 CC tras un parto vaginal o >1.000 CC tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta.

Como alternativa se ha propuesto definir la HPP como la que produce un descenso en el hematocrito del 10% o aquella que requiere transfusión. Estas definiciones son retrospectivas y por lo tanto de poca ayuda, además las concentraciones de la hemoglobina o hematocrito pueden no reflejar el estado hemodinámico real.

La HPP se puede definir también como primaria o secundaria, siendo la primaria aquella que ocurre dentro de las primeras 24h desde el parto y secundaria aquella que ocurre desde las 24h hasta las 6-12 semanas postparto (3). En este trabajo nos planteamos fundamentalmente la HPP primaria.

¹³Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009

Los cambios cardiovasculares en la gestación tiene entre sus finalidades adaptativos la prevención de la HPP, pero además, la utilización de los signos cardiovasculares en la gestante apenas cambian en pérdidas inferiores a 1000 ml, es decir, no son buenos indicadores de la pérdida hemática. Brevemente estos cambios son:

- Cardiovasculares. El gasto cardíaco aumenta alrededor 30-50% (de 4.5 a 6.0 L/min.) aumentando el volumen de eyección en 10 a 15% y el pulso en 15-20 lpm. El volumen plasmático aumenta durante todo el embarazo hasta en un 50% mientras que la masa eritrocitaria aumenta 25 – 30% lo que explica el estado de hemodilución existente.
- Coagulación. En el embarazo existe un cierto “estado de hipercoagulabilidad. La mayoría de los factores de coagulación están aumentados, existiendo también una hipofunción fibrinolítica.

La HPP complica del 5-15% de todos los partos (2). Se estima que en todo el mundo 140.000 mujeres mueren cada año de HPP, 1 cada 4 minutos (3) 2 En España la mortalidad materna se estima en 7,15 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos y la HPP es responsable de 23,07% de la misma (1).

La HPP y los estados hipertensivos del embarazo (preclampsia y eclampsia) son las principales causas de admisión en cuidados intensivos durante el puerperio. Muchas de estas pacientes admitidas en la unidad de cuidados intensivos (49-90%) han finalizado la gestación mediante cesárea. (5)

Muchas de las hemorragias postparto, sobretudo en Europa y Estados Unidos, son bien toleradas por las mujeres. Sin embargo, en lugares con pobres recursos, donde las mujeres ya están anémicas durante el embarazo, una pérdida sanguínea de 500ml, puede ser relevante. La mortalidad materna es 50-100 veces más frecuente en países en desarrollo siendo la HPP la causa de un alto porcentaje de ellas.

4.1.2. Hemorragia postparto precoz o primario:

Ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto.

4.1.3. Hemorragia Tardía o secundaria:

Es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.

4.1.4 Hemorragia posparto severa.

La definición general es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/minuto y que, por lo tanto, causa la pérdida del 50% del volumen en 20 minutos. Debido a las pérdidas que pueden ocurrir habitualmente en el posparto inmediato, los valores cambian. Se define como hemorragia posparto severa una pérdida estimada de 100 ml.¹⁴

El presente estudio se basa en el modelo y teorías de Enfermería de Ramona Mercer Adopción del rol maternal: el cual es un proceso interactivo y evolutivo que se produce a lo largo del tiempo, en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas del cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el rol. “El desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad como madre”¹⁵.

5. ATONÍA UTERINA

La atonía uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

Cuando la madre expulsa al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia: se trata de una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero. Gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre.

Cuando este mecanismo no se produce, se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia con presencia de hematoma en labios superiores y un intenso dolor con acumulación de coágulos internos.

¹⁴OMS/OPS 2001 [internet], disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi>

¹⁵Modelos y Teorías de Enfermería de Ramona Mercer.

Hasta en un 5% de los partos naturales puede producirse la ausencia de contracción uterina y las causas inducen el problema son diversas, como puede ser es la multiparidad, la placenta previa o la sobredistensión uterina. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. ^[1]

Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto pueden causar una hemorragia obstétrica. ^[2]

Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina. Dependiendo del grado de incidencia de la hemorragia es necesaria la administración de fármacos para frenar el sangrado, en los casos graves se requeriría la práctica de la cirugía y en los casos muy graves se procedería a la extirpación del útero.

En cualquier caso, el personal sanitario se encarga de evaluar la gravedad de la hemorragia y adoptar la decisión más oportuna. Esto no sería posible si el parto natural se produjera en el hogar tal y como desean algunas madres y sin la ^[1] correspondiente asistencia médica, lo que podría derivar en un fatal desenlace [1 1](#)

5.1. ETIOLOGÍA

Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono uterino, incluyendo en: [12](#)

- Sobredistensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal [3](#)
- Cansancio uterino por un parto prolongado o distocia
- Multiparidad
- Parto no precipitado, especialmente si dura menos de 3 horas
- Tratamiento de la preeclampsia con sulfato de magnesio
- Corioamnionitis
- Uso de anestésicos halogenados
- Miomas
- Pueden simplificarse en “4T”: TONO (atonía), TRAUMA, TEJIDO (retención de restos) y TROMBINA (alteraciones de la coagulación) Múltiples factores predisponentes pueden relacionarse con estas causas. [4](#)

5.2. TRATAMIENTO

Masaje uterino bimanual: La primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero. Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano.¹

La oxitocina, una hormona sintética que se administra por vía intravenosa, es el fármaco de primera elección en el manejo de la atonía uterina (20-50 U diluidas en 1.000 ml de solución glucosada al 5%).³

La atonía uterina en el curso de una cesárea puede requerir técnicas quirúrgicas como la sutura de B-Lynch o similares.⁵

Pasos de técnica de saturación B-Lynch.

“1.- Requiere histerotomía, incluso en caso de parto vaginal.

2.- Pasar el primer punto a través del margen derecho de la histerotomía, tal y como se indica en el esquema correspondiente.

3. Pasar la lazada del punto por encima del fundus (de cara anterior a posterior).

4.- Entrada de nuevo en la cavidad uterina a través de la cara posterior, a nivel de la histerotomía, que corresponde aproximadamente al punto de inserción de los ligamentos útero-sacros.

5.- Por dentro de la cavidad uterina, translación horizontal del hilo. Sacar el punto por la cara posterior, simétrico al anterior, pero en el lado izquierdo.

6.- Pasar la lazada de nuevo por encima de fundus, pero en sentido inverso (de cara posterior a anterior).

7.- Pasar el punto por la histerotomía, por el lado izquierdo, simétrico al anterior.

8.- Hacer el nudo por debajo de la histerotomía”.

5.3. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL: HISTERECTOMÍA.

TÉCNICA: - Subtotal más fácil y rápida. - Total: si hay Laceración que se prolonga a cervix,

Placenta previa o placenta accreta de inserción baja. La técnica es similar a la ya conocida, con la única variación que es necesario ligar en primer lugar los vasos uterinos y después el resto de pedículos.

6. LACERACIÓN:

Las laceraciones del cuello uterino. Son frecuentes. Su importancia es variable (desde pequeñas heridas de la mucosa hasta desgarros profundos que atraviesan el cuello, la bóveda vaginal y el parametrio).

Clasificación de las laceraciones

Espontáneas: que acompañan en muchos casos al parto, pequeñas -hasta de 1.5 cm-, poco sangrantes.

Provocadas: originadas generalmente por las maniobras sobre el cuello (miden más de 2 cm) y son muy sangrantes.

Los desgarros cervicales suelen descubrirse después del parto por la Hemorragia - generalmente ligera-, salvo si ha ocurrido la rotura de alguna rama importante de la arteria uterina. Se denomina traqueleorrafia a la sutura de un desgarro o incisión quirúrgica del cuello uterino y debe realizarse siempre que se identifiquen comisuras pues debemos suturar éstas para lograr un cuello que cicatrice normalmente y quede como el de una nulípara (con su orificio externo circular).

Factores causales de su aparición

1. Intervenciones para la extracción fetal: fórceps, espátulas, versiones y extracciones manuales
2. Contracciones uterinas enérgicas que actúan sobre cuellos insuficientemente dilatados.
3. Dilataciones artificiales.

Diagnóstico

Si con el útero bien retraído se observa hemorragia, debe pensarse en un desgarro del cuello. Para hacer el diagnóstico del desgarro del cuello uterino es necesario realizar un

examen visual. La revisión sistemática del cuello uterino posparto forma parte de la metodología de la asistencia de todo parto.

Se ejecuta con dos pinzas de anillos, colocando una en el labio anterior y la otra en el labio posterior, se les atrae hacia la vulva y se les lleva a la izquierda para ver el ángulo derecho y después a la inversa. El desgarro adopta la forma de “V” invertida y se sitúa casi siempre a uno de los lados del cuello; el vértice se prolonga hacia arriba a mayor o menor altura. También puede tomar una dirección oblicua.

Profilaxis

La mayor parte de las veces en que ocurre un desgarro del cuello uterino puede encontrarse en los antecedentes una dilatación forzada del mismo o una instrumentación con dilatación incompleta y/o descenso inadecuado de la presentación. La mejor profilaxis es no realizar estas maniobras que, como sabemos, están completamente erradicadas de la Obstetricia actual.

Conducta

El tratamiento de todo desgarro de cérvix, una vez diagnosticado, es su sutura, aunque no exista sangramiento. El operador debe asegurarse siempre que el desgarro no ha llegado al segmento inferior del útero.

La sutura debe realizarse con catgut fino, cromado, a puntos separados, comenzando por encima del vértice del desgarro. La distancia entre punto y punto no debe ser mayor de 1 cm. La técnica de la traqueleorrafia debe ser facilitada con el empleo de valvas vaginales sostenidas por un ayudante.

Si el o los desgarros se extendieran a los fondos de saco laterales, debe tenerse especial cuidado para no incluir el uréter al realizar las suturas, ya que se encuentra a 1 o 2 cm de distancia del cuello y del fondo de saco lateral de la vagina. Cuando el vértice de la lesión no está claramente visible, se coloca un punto tan alto como se pueda para traccionar de él y después colocar el resto de los puntos hasta incluir el ángulo superior de la laceración.

7. RETENCIÓN PLACENTARIA

- Una vez desprendida la placenta puede quedar detenida en el segmento inferior del útero.

El diagnóstico fue explicado en "asistencia del parto". La expulsión se realiza mediante expresión simple uterina ayudada por los pujos de la parturienta. Esta situación no puede considerarse como patológica.

- Otras veces, la placenta no se desprende de su lecho de inserción (1% de los partos) en un tiempo prudencial, que se estima en 30 minutos
- En algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos.

Se producen así por hiperdinamia anillos de constricción por encima del segmento inferior que determinan la retención sobre ellos de: toda la placenta desprendida incarceration, o parte de ella engatillamiento.

Etiología.- El hecho de que no se desprenda la placenta puede deberse a:

1. No se producen contracciones uterinas normales que originen el despegamiento placentario normal. Esta atonía uterina es frecuente en partos prolongados o con gran distensión uterina (parto gemelar, hidramnios).
2. Existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta.
3. Placenta insertada en un lugar poco habitual (cuerno uterino) o que se trate de una adherencia normal, o que se trate de una placenta accreta.
4. La retención placentaria es frecuente en partos prematuros.
5. Las incarcerationes y engatillamientos pueden deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas.

Clínica: La placenta no se desprende. El útero está blando, elevado hasta el ombligo, puede que desviado hacia un lado (generalmente hacia la derecha). En algunos casos (incarceraciones y engatillamientos) mediante palpación el útero presenta irregularidades e induraciones.

Conducta: Si transcurrida media hora tras la expulsión del feto no se ha verificado el alumbramiento, y se supone que la placenta no se ha desprendido, se intentará el despegamiento, siguiendo los siguientes pasos:

Se rectifica la postura del útero, se endereza y se aplica un masaje suave para que se contraiga.

Se administra oxitocina (vía intravenosa). Si se había administrado durante el periodo expulsivo se incrementará la dosis hasta 100-500 mU/minuto

Si no se logra el desprendimiento se realiza la maniobra de Credé: consiste en ejercer una buena presión sobre el útero, abarcándole con la mano, el dedo pulgar sobre la cara anterior y los demás en la posterior. Repetir 3-4 veces. No olvidar que se pueden producir desprendimientos parciales de placenta (riesgo de hemorragia). No debe confundirse con la simple expresión uterina que se realiza apoyando toda la mano sobre el útero para ayudar a la expulsión de la placenta ya desprendida.

Si no se logra el desprendimiento maniobra de Credé con anestesia.

Realizar la extracción manual de la placenta: con la enferma anestesiada, se introduce la mano con los dedos unidos (mano en comadrón) en el útero y se despega cuidadosamente la placenta con el borde cubital, mientras la mano externa sujeta el útero. Despegada la placenta la mano externa tira del cordón para extraer la placenta y la mano interna comprueba que el útero ha quedado vacío.

En algunos casos en que se sospecha incarceration o engatillamiento (la placenta ya está desprendida) se resuelve con espasmolíticos. Si en la extracción manual se descubre una placenta accreta se realizará histerectomía.

8. RUPTURA UTERINA

Es la solución de continuidad de la pared uterina que ocurre durante el embarazo, una vez que el feto ha alcanzado su viabilidad y que pone en peligro la vida de la madre, del producto o la de ambos. La incidencia de la rotura uterina (RU) es de 0,02% a 0,08%. Para obtener resultados favorables se debe hacer el diagnóstico temprano, laparotomía exploradora inmediata y reposición adecuada de hemoderivados y soluciones cristaloides.

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

1. Cesárea o histerotomía previa.

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

Uno de los factores etiológicos más importantes es el antecedente de cesárea anterior que aumenta 8 veces la posibilidad de rotura uterina, en comparación con las pacientes sin cicatrices uterinas. El riesgo depende del tipo de incisión en el útero, cuando es corporal longitudinal es 10 veces más frecuente que cuando la incisión es transversal.

El uso y duración de la oxitocina no intervienen en la frecuencia de la rotura, siempre y cuando se vigile su administración. Esta entidad guarda más relación con la duración del trabajo de parto que con el empleo de la propia oxitocina.

En las grandes multíparas existe una disminución de la resistencia que la hace más vulnerable a desgarros o rotura que en las mujeres nulíparas. Las maniobras obstétricas traumáticas son responsables de 13% al 17% de las roturas uterinas y la mayoría se relacionan con partos instrumentales y colocación de fórceps medios. También se ha señalado que la manipulación uterina en los casos de versión externa o gran extracción podálica producen 4% a 6% de las roturas.

Clasificación: La rotura uterina se puede clasificar de acuerdo a su extensión, su forma de presentación y antecedente obstétrico. Según su extensión se pueden clasificar en:

Rotura completa: cuando la lesión abarca todo el espesor de la pared uterina e involucra al peritoneo visceral.

Rotura incompleta: cuando la lesión se extiende sólo al músculo uterino quedando el

peritoneo intacto.

Según la forma de presentación se puede clasificar en:

Rotura espontánea: surge con útero indemne por distensión sostenida del segmento inferior, entre estas causas tenemos: pelvis estrecha, hidrocefalia, situación transversa y tumores pelvianos.

Rotura traumática: se origina por efecto de una violencia externa o por procedimientos obstétricos tales como versiones internas y gran extracción podálica, colocación de fórceps medio, maniobra de Kristeller y extracción manual de la placenta.

Según el antecedente obstétrico: con antecedente de cicatriz uterina, se presenta luego de cesárea, miomectomía y correcciones de malformaciones uterinas. Sin antecedente de cicatriz uterina, la rotura ocurre en anomalías placentarias como placenta ácreta y mola invasora.

Aspectos diagnósticos: La RU va precedida por signos y síntomas que hacen pensar que en poco tiempo va a ocurrir. El más común es el sufrimiento fetal en el trabajo de parto y le siguen en orden de frecuencia: dolor abdominal, hemorragia vaginal, falta de descenso de la presentación, hipertoniá uterina y alteración del contorno uterino.

El dolor se inicia a nivel del segmento uterino y se caracteriza porque persiste entre contracciones, se acentúa con la palpación y, en ocasiones, se acompaña de los signos de Bandl y de Frommel. La coexistencia de ambos signos se conoce como síndrome de Bandl-Frommel y asociados con sufrimiento fetal agudo conforman el cuadro clínico de inminencia de rotura uterina.

El diagnóstico definitivo de rotura uterina se establece por medio de la visión directa durante el acto operatorio o con la revisión manual de la cavidad uterina. Las roturas uterinas de la pared posterior no son infrecuentes y, en muchas ocasiones, son difíciles de diagnosticar si el examinador es inexperto.

Aspectos terapéuticos Si se sospecha de RU se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. La histerorrafia se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad, se encuentren hemodinámicamente estables al momento de la laparotomía y donde la reparación sea técnicamente factible. Se ha señalado una tasa de rotura uterina recurrente de 4% a 10% en pacientes con histerorrafia previa, por

lo que se recomienda la cesárea electiva tan pronto se confirme madurez fetal. La histerectomía se recomienda en pacientes ańosas, que hayan completado el número deseado de hijos, cuando la rotura es muy amplia y anfractuosa o cuando se comprometa el futuro obstétrico.

Pronóstico: La rotura uterina se acompaña de un incremento notable en el índice de complicaciones y muerte materna. El diagnóstico precoz, la intervención rápida, la disponibilidad de sangre y la antibioticoterapia han mejorado de manera considerable el pronóstico materno. El pronóstico fetal es malo porque en las etapas previas a la rotura uterina el feto puede fallecer por el síndrome de hiperdinamia y en los casos de rotura completa la muerte fetal es casi segura .

Una vez descartadas la PP, el DPP y la rotura uterina como la causa de las hemorragias del tercer trimestre se debe establecer la posibilidad de rotura de vasa previa o rotura del seno marginal.

Rotura de vasa previa: constituye una anomalía en la que los vasos umbilicales tienen una inserción velamentosa y atraviesan las membranas ovulares en el segmento uterino inferior, por delante de la presentación fetal. Esta patología tiene una incidencia de 1/2000 - 3000 partos y se observa con mayor frecuencia en embarazos gemelares

El sangrado genital generalmente ocurre cuando se produce la ruptura espontánea de membranas por laceración de los vasos umbilicales. La hemorragia es de origen fetal por lo que puede haber sufrimiento y muerte fetal. Aunque no se presente ruptura de los vasos puede ocurrir hipoxia, cuando la parte fetal que se presenta comprime los vasos contra la pelvis materna. La vasa previa con sangrado vaginal se asocia con mortalidad fetal entre 75% y 100% de los casos y la muerte fetal secundaria a compresión del cordón se encuentra entre el 50% y el 60%.

El diagnóstico generalmente se realiza postparto al revisar los anexos de un feto muerto o gravemente comprometido. En los pocos casos de sobrevida fetal, el diagnóstico clínico se sospecha cuando existe sangrado genital y alteración de la FCF después de la rotura de las membranas, con placenta de inserción normal o cuando por tacto vaginal se palpa un vaso pulsátil. Entre los métodos paraclínicos usados para el diagnóstico se encuentra: la confirmación de la presencia de componentes de sangre fetal en el líquido vaginal a través de la electroforésis de hemoglobina, el test de Kleihauer y el test de

desnaturalización alcalina o test de Ogita, que tiene la ventaja de no requerir equipo sofisticado, pocos falsos positivos y se realiza en sólo 5 min. Otros métodos son la amnioscopia previa a la amniorrexia y el estudio ecosonográfico que permite visualizar el vaso sanguíneo atravesando las membranas ovulares cerca del orificio cervical interno (Obregón y col, 1991). Una vez comprobado el diagnóstico se debe proceder a realizar una cesárea, a menos que el feto esté muerto o el cuello esté totalmente dilatado. El pronóstico mater- no es excelente porque esta es la única condición en la cual existe una elevada tasa de mortalidad fetal y ausencia de mortalidad materna.

Rotura del seno marginal

Es otra de las causas de hemorragias del tercer trimestre y el síntoma principal es la hemorragia vaginal de moderada intensidad, de sangre roja sin coágulos que ocurre durante el reposo o el sueño y que se puede detener en forma espontánea al formarse el coágulo que obtura el desgarro. En algunos casos el episodio se puede repetir con sangrado más abundante. La revisión posterior de la placenta muestra antiguos coágulos adheridos al borde placentario, pero puede suceder que no se encuentre ninguna explicación para la hemorragia anteparto.

El seno marginal se puede romper durante el embarazo y, con mayor frecuencia, durante el parto. El mecanismo se relaciona a un exceso de tensión vascular por estancamiento del aparato venoso uterino y a una degeneración prematura de la placa decidual, que al menor estiramiento de las membranas ovulares ocasiona la rotura del seno marginal. Generalmente no se afecta el estado materno por lo que el tratamiento es expectante y se basa en reposo absoluto y mantenimiento del estado general de la paciente. En el momento del parto se realiza amniorrexia y transfusión de hemoderivados en caso de ser necesario.

Niveles de trombomodulina.

Niveles de plasminógeno

Plaquetopenia de $< 150.000/\text{mm}^3$ en alrededor del 10% de las gestantes al final del embarazo.

Activación plaquetaria a través del aumento de la concentración de β - tromboglobulina y A2-tromboxano.

La precalicreina aumenta a valores del doble y caen con el inicio del trabajo de parto

mientras aumenta la concentración de calicreína.

Déficit de proteína S total y libre y resistencia adquirida a la proteína C activada (6a a 11a semana de gestación).

Proceso de coagulación intravascular que se desarrolla limitado al espacio intervilloso placentario, donde el depósito de fibrina es depurado por una actividad fibrinolítica reactiva.

En este periodo se observan: altos niveles de complejo TAT, PDF, dímero D, y complejo PAP en las venas uterinas.

Proceso de invasión trofoblástica arterias espiraladas reemplazan subendoteliosuplantado por células citotrofoblásticas. Estas células poseen escasa capacidad para lisar fibrina, debido al incremento local de la concentración de PAI-1 y PAI-2.

Células del estroma endometrial perivascular protegen de una hemorragia local durante la invasión trofoblástica aumentando la expresión del FT. La expresión del FT resulta estimulada por el estradiol y el factor de crecimiento endotelial.

La anexina V, una proteína expresada en la superficie apical de las vellosidades trofoblásticas ejerce efectos anticoagulantes previniendo la aparición de infartos placentarios.

El nivel de plaquetas aumenta durante la primera semana del puerperio y luego se normaliza.

Los valores de AT-III se incrementan progresivamente durante las primeras 2 semanas.

La proteína C aumenta en el puerperio inmediato

La proteína S total incrementa sus niveles rápidamente, no así la porción libre que tarda hasta 5 semanas en normalizar sus valores.

Los valores de PAI-1 se normalizan luego de la 5ta semana de puerperio.

Tres horas después del alumbramiento el dímero D alcanza su máximo valor y al finalizar la primer semana del puerperio se normaliza.

El tiempo de euglobulinas, acortado durante el embarazo, se normaliza dentro de los 30 minutos posteriores al alumbramiento.

En general, entre tres y cuatro semanas después del nacimiento, todos los valores de la coagulación y fibrinólisis regresan al rango que exhibían en el periodo prenatal.

9. ACRETISMO PLACENTARIO Y SU DIAGNOSTICO ANTENATAL

Es un término utilizado para describir una implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal a la pared uterina de la gestante; incluye tres variantes; ACRETA, en la que las vellosidades placentarias están en contacto con el miometrio, INCRETA en la cual las vellosidades invaden miometrio, PERCRETA, en la cual atraviesan toda la capa miometrial llegando a la serosa y en ocasiones traspasándola e involucrando incluso órganos y tejidos vecinos.

Esta adherencia anormal, resulta de una ausencia de la decidua basal parcial o completa y el desarrollo incompleto de una capa de fibrina, la capa de Nitabuch, de forma que la línea de separación fisiológica entre la capa esponjosa de la decidua y el miometrio esta ausente. A causa de esta alteración, la adherencia anormal puede afectar a uno o varios cotiledones o incluso a toda la placenta, constituyendo la placenta ácreta focal, parcial o total respectivamente.

Esta se ha incrementado tres veces en los últimos 20 años, debido a la elevada tasa de cesáreas registradas. Breen y colaboradores reportan una tasa de 1 cada 7000 partos en 1977, Miller habla de una incidencia de 1 caso cada 2500 partos entre 1985-1997.

9.1. FACTORES DE RIESGO

El antecedente de mayor relevancia es la cesárea previa. La PP está relacionada directamente con el número de cesáreas previas

- 0.67% luego de la 1era
- 1.8% luego de la 2da.

- 3% luego de la 3ra.
- 10% luego de la 4ta.

El antecedente de placenta previa y cesárea previa incrementa el riesgo, una vez localizada la placenta previa en el embarazo actual, la posibilidad de acretismo es de;

1. 23% con antecedentes de 1 cesárea.
2. 35% con antecedentes de 2 cesárea
3. 51% con antecedentes de 3 cesárea
4. 67% con antecedentes de 4 cesárea

"Recordar que sin cesáreas, existe un 5 al 9% de posibilidades de acretismo si se da placenta previa."

El riesgo es superior cuando se implanta sobre la cicatriz uterina, apoyando la teoría de la escasa decidualización del segmento uterino. Otros factores de riesgo son; legrados uterinos previos, edad materna igual o mayor a 35 años, multiparidad, Síndrome de Asherman, cicatrices uterinas e infecciones.

9.2. DIAGNOSTICO ANTENATAL.

En el pasado, y aún en el presente, el diagnóstico de placenta ácreta se realiza por sospecha clínica ante una hemorragia postparto masiva y/o dificultad o imposibilidad de separar la placenta de su inserción uterina durante el alumbramiento; frecuentemente es seguido de una histerectomía de urgencia postparto, con un gran riesgo de morbilidad materna y eventual riesgo de mortalidad por las complicaciones que aun sorprenden en nuestro medio al obstetra que no ha previsto tal situación.

Hoy, gracias al mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y al mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la mayoría de los casos deben ser diagnosticados durante el embarazo. El diagnóstico temprano, hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta; es aquí, que sobre todo frente a una localización anormal (Ej.

Placenta previa) o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles (ecografía, RMN, o ambas) para confirmar o descartar un trastorno adherencial de la placenta.

Finberg y Williams fueron los primeros que evaluaron con ultrasonografía la inserción placentaria de pacientes embarazadas con placenta previa e historia de una o mas cesáreas anteriores y determinaron que ciertos hallazgos ecoográficos se asociaban con acretismo placentario, determinaron los criterios ultrasonográficos de placenta ácreta que incluyen:

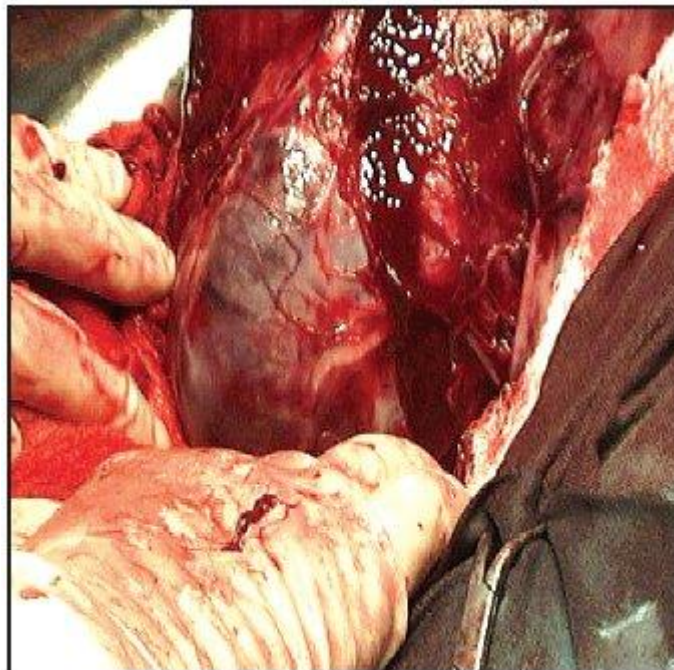
1. Pérdida o adelgazamiento de la zona hipoeogénicamíometríalretroplacentaría normal menor a 2 mm de espesor. Si esta esta conservada, el riesgo de presentar acretismo disminuye a menos del 10%.
2. Adelgazamiento o disrupción de la interfase serosa hipereogénica, entre el útero y la vejiga.
3. Masa focal exofítica o extensión de la placenta a través de la serosa, fuera del cuerpo uterino. Esto es patognomónica de la placenta percreta.
4. Presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta ácreta. Es el signo más sensible (presente en el 87% de las pacientes con placenta ácreta), incrementa el riesgo de histerectomía y triplica el riesgo de pérdidas hemáticas en quienes la tienen.

Observaciones adicionales incluyen: adelgazamiento progresivo y desaparición de la zona miometrialhipoeogénicaretroplacentaria en exámenes secuenciales; disminución del patrón de flujo venoso normal por estudio Doppler del margen periférico de la placenta.

La ecografía transabdominal mostró ser suficiente para un diagnóstico confiable, sin la participación de técnicas de Doppler color o PowerDoppler, cuando se encontraron los criterios de placenta aceta. La ecografía transvaginal permite una mayor seguridad diagnóstica en muchos casos pues da una mayor información sobre la inserción placentaria en pacientes con placenta previa anterior.



9.3. Ecografía transvaginal de paciente con placenta previa oclusiva total que muestra desaparición de la zona hipoecogénicamiometrialretroplacentaria del segmento posterior del útero y la presencia de lagos vasculares. El estudio histopatológico de la placenta confirmó el diagnóstico anteparto de acretismo placentario.





Ecografía transvaginal con Doppler color de una paciente con placenta previa e historia de cesárea anterior que muestra los puentes vasculares entre la placenta y el miométrio y los lagos vasculares adyacentes. La ecografía de escala de grises previa, ya había detectado el adelgazamiento de la zona hipoecogénicamiometrialretroplacentaria. Se realizó la cesárea e histerectomía programada; la histopatología confirmó el diagnóstico.

Aunque los hallazgos ecográficos transabdominal y transvaginal no son definitivos, ellos son consistentes con el diagnóstico histopatológico sobre todo en la placenta percreta. En casos de acretismo el Doppler color y el powerDoppler muestran la marcada vascularización y vascularización anormal del sitio de implantación de la placenta, pero esto no aportaría información adicional a la confiabilidad diagnóstica hecha por un operador experimentado utilizando los criterios de Finberg y Williams.

El powerDoppler puede diferenciar entre várices vesicales y placenta pércrета, demostrando claramente la ausencia de vasculatura anormal entre las varices y la placenta.



Ecografía transvaginal con PowerDoppler en una paciente con placenta previa que delinea más los vasos anormales que penetran a la capa miometrial.

La ecografía de escala de grises previa mostró un adelgazamiento focal de la zona hipocogénicamiometrialretroplacentaria. La ecografía con Doppler color también mostró una vascularización útero-placentaria anormal. La histopatología confirmó el diagnóstico.

Cuando la placenta se inserta en la cara posterior del segmento, esta fuera del campo visual de la ecografía transabdominal y es dificultosa la evaluación ecográfica transvaginal, es mejor y mayor la información que brinda la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Solamente en estos casos la RMN aporta información adicional; por este motivo se recomienda que en pacientes con alto riesgo de placenta ácreta, el uso de resonancia magnética nuclear debe reservarse para las pacientes con inserción placentaria difícil de evaluar con ultrasonografía. Sin embargo algunos autores refieren que la RMN brinda una mejor delineación de planos tisulares, permite obtener imágenes anatómicas precisas de pared uterina, de la vascularización y otras estructuras pelvianas. El uso de Gadolinio, como contraste permite una neta diferenciación entre la placenta y la pared uterina que permitiría ver el grado de invasión placentaria, lo cual nos permitiría hacer el diagnóstico diferencial entre placenta ácreta y percreta. Estas experiencias han hecho que muchos centros hospitalarios utilicen ambos métodos diagnósticos.

Los criterios con Resonancia Magnética Nuclear de acretismo placentario son los mismos que los descritos para ultrasonografía.

La sensibilidad y la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de placenta ácretaes alrededor de 85 % Y 92 % respectivamente. La adición de Resonancia Magnética Nuclear incrementa la sensibilidad y especificidad cercana al 100 % para evaluar el grado de invasión pero no para hacer el diagnostico.



TABLA DE PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EVALUADOS ENTRE OCTUBRE 2004 – AGOSTO 2006 HOSPITAL OBRERO No.2 – CAJA NACIONAL DE SALUD								
Edad Materna	Edad Gestacional	Antec. Cesaras / abortos	Localización placentaria	Placenta previa	ESTUDIO POR IMAGEN		Modo del Parto	Placenta
					Ecografía Sospecha Acretismo	RMN		
38	37	1	Anterior baja	No	Normal	No	Cesárea	Normal
28	36	0	Anterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
35	34	2	Ant. y post.	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
37	35	0	Anterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
41	33	2	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
34	37	2	Ant. baja	No	Baja sospecha	No	Cesárea	Normal
27	34	2	Anterior	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
36	37	1	Ant. y post.	SI	Moderada sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
25	35	0	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
37	36	2	Anterior	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
37	35	1	Anterior	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	Ácreta
41	36	2	Anterior	SI	Baja sospecha	No	Cesárea	Normal
31	34	1	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
35	36	1	Ant. y Post.	SI	Baja sospecha	No	Cesárea + Histerect.**	Normal
33	37	0	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
29	35	2	Ant. y Post.	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	Percreta*
33	34	0	Ant. y Post.	SI	Baja sospecha	No	Cesárea	Normal
28	35	0	Anterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
CORE Normal = inserción placentaria definitivamente normal. Baja sospecha = La inserción placentaria es probablemente normal. Indeterminada = No es posible definir la normalidad o anormalidad de la inserción placentaria. Moderada sospecha = La inserción placentaria es probablemente anormal (acretismo). Alta sospecha = La inserción placentaria es definitivamente anormal (acretismo). No = no evaluado * = con lesión de vejiga ** = No hubo dificultad para el alumbramiento, pero dado la hemorragia fue necesario hacer isterectomía. Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero N°2 - CNS.								

Si bien hoy en día es controvertida la edad gestacional en la cual finalizar el embarazo, la mayoría de la literatura publicada hasta la actualidad refiere:

Percretismo: interrupción a las 34 semanas (previa maduración pulmonar fetal).

Acretismo: interrupción a las 36 semanas

9.5. TRATAMIENTO MEDICO

Han aparecido reportes de pacientes, seleccionados para tratamiento médico, pero aún en número pequeño como para sacar conclusiones. Debe ser considerado solo en la paciente con deseo de preservar su fertilidad y sin hemorragia uterina activa que comprometa la estabilidad hemodinámica.

El metotrexate es el fármaco de elección, la administración es de 1 mg/kg en días alternos para un total de 4 a 6 dosis, complementado con el uso de antibióticos y útero retractares; el seguimiento ecográfico diario de la involución placentaria y de la vascularización es preciso, debiendo ambos disminuir progresivamente.

Durante el tratamiento debe pesquisar mediante laboratorio niveles de la hormona gonadotrofina coriónica humana, además de los efectos secundarios del metotrexate: trombocitopenia, neutropenia, disfunción hepática o renal. Si la paciente llega a ser clínicamente inestable o el tejido placentario no se resuelve con el tratamiento medico, la histerectomía debe ser considerada.

9.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es realizado basándose en el estado clínico de la paciente, edad y paridad, el deseo de preservar la fertilidad futura y enfermedades intercurrentes. El mejor camino para disminuir las complicaciones quirúrgicas es a través de una adecuada preparación y planificación del parto en una paciente con sospecha de placenta ácreta.

En el percretismo placentario el grado de deterioro de la pared uterina es tan importante, que el riesgo de complicaciones maternas y fetales aumenta notablemente mas allá de las 35 semanas, superando el 90 % después de las 36 semanas.

Se puede considerar la colocación, previa a la cirugía, de catéteres ureterales que permitan identificarlos en caso de histerectomía.

La invasión trofoblástica en un órgano como la vejiga o los parametrios genera casi invariablemente una activación del sistema de la coagulación. Como contrapartida, el sistema fibrinolítico comienza el consumo de la trombina activada.

Este consumo, a veces lento, disminuye gradualmente las reservas de fibrinógeno, de

tal manera que al iniciar la cesárea el obstetra puede desconocer la existencia de una coagulación intravascular diseminada subclínica. Si el proceso se establece en una paciente con reservas de fibrinógeno disminuidas, la hemorragia se descontrola en forma inmediata.

El abordaje quirúrgico empieza con una incisión abdominal mediana infraumbilical con prolongación supraumbilical, el acretismo obliga a una histerotomía corporal fúndica. También se debe aislar y ligar cada uno de los vasos neoformados entre útero y placenta, luego liberar el espacio vesicouterino y vesicocervical en su totalidad, intentando extraer la placenta. De no ser posible el alumbramiento satisfactorio, proceder a la histerectomía total de urgencia.

9.7. COMPLICACIONES

La primera es la hemorragia profusa que sigue al intento de realizar el alumbramiento, que puede llevar a la inestabilidad hemodinámica llevando al choque y muerte si no se corrige la hipovolemia.

El sangrado puede persistir después de la histerectomía por disminución de la coagulabilidad sanguínea combinada con el trauma de una prolongada manipulación. Otra complicación es la lesión de uréteres durante la histerectomía, más aun si es de urgencia por la placenta percreta y la necesidad de un rápido control de hemorragia masiva. Reconocida la lesión se puede corregir por reanastomosis o reimplantación según se requiera, con la ayuda del urólogo. La lesión de vejiga, en el momento de disecar el segmento uterino durante la histerectomía puede ser reparada luego mediante sutura por planos. Otras complicaciones descritas son la coagulación intravascular diseminada, lesión intestinal y también la prematuridad.

El acretismo placentario es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna por hemorragia masiva en el posparto inmediato. Se deben identificar factores de riesgo como ser antecedente de cesáreas anteriores, edad, multiparidad, antecedente de legrados uterinos reiterados, Asherman o cirugías uterinas previas en toda paciente gestante.

Frente a sospecha clínica, confirmar el diagnóstico con los métodos necesarios como ser ecografía de escala de grises, Doppler color y powerDoppler.

Se reconoce la limitación de la sensibilidad y especificidad de la ecografía en la evaluación de la inserción placentaria cuando esta se halla en la cara posterior del útero, utilizando en estos casos la Resonancia Magnética Nuclear. El diagnosticar antes del nacimiento una placenta ácreta, es una oportunidad insuperable que permite una adecuada planificación médico-quirúrgica del parto.

En cada caso se debe establecer factores de riesgo, para elegir a pacientes candidatas a mayores estudios diagnósticos. Especialmente en pacientes con antecedentes de cesáreas previas y placenta previa oclusiva total en el embarazo actual.

Emplear el estudio ecográfico de forma precoz y seriada pesquisando alteraciones oportunamente. El pronóstico está directamente influenciado por los siguientes factores:

- Adecuado CPN
- Diagnóstico oportuno de la PP
- Información adecuada a la embarazada
- Accesibilidad a los Centros de Salud
- Limitación de la actividad física, laboral y sexual
- Adecuados medios técnicos en el Centro de Salud
- Disponibilidad de sangre
- Personal capacitado

10. EMBARAZO MÚLTIPLE

Es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.¹ Un embarazo múltiple puede resultar de la fertilización de un óvulo por un espermatozoide que se divide, el cual es denominado embarazo *monocigótico*. Los embarazos múltiples también pueden resultar de la fertilización de dos o más óvulos, denominándose entonces embarazo múltiple *bicigótico*.² Las complicaciones maternas son 3-7 veces más frecuentes en los embarazos múltiples.³ Por lo general, el embarazo múltiple tiene mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, de tal forma que puede decirse que prácticamente todos los riesgos del embarazo único aumentan en el múltiple.⁴

Epidemiología

Según la ley biológica de Hellin, la frecuencia disminuye según aumenta el número de gemelos, en el orden de la potencia de $1/85^{(n-1)}$, siendo la potencia n , la cantidad de gemelos en la gestación. Así, la frecuencia de gemelos es $1/85^1$ (1.18%), la de trizos sería $1/85^2$ (1/7200), la de cuatrillizos $1/85^3$ (1/600.000) y la de quintillizos $1/85^4$ (1/52.000.000).⁵

En América Latina, la frecuencia de embarazo gemelar se ha mantenido estable. Argentina, en 1997, reportó un 0,99%, Brasil en 1985 0,92 %; Bolivia en 1986, 0,8 %; Chile en 1986, 0,84% (31); Ecuador en 1996, 1,04% (32) y Venezuela, entre 1976-1999, en la población hospitalaria, también se ha mantenido estable, oscilando entre 0,46-1,19%.³ En España se calcula que la incidencia del embarazo múltiple se sitúa alrededor del 1-2%.⁶

Patogenia

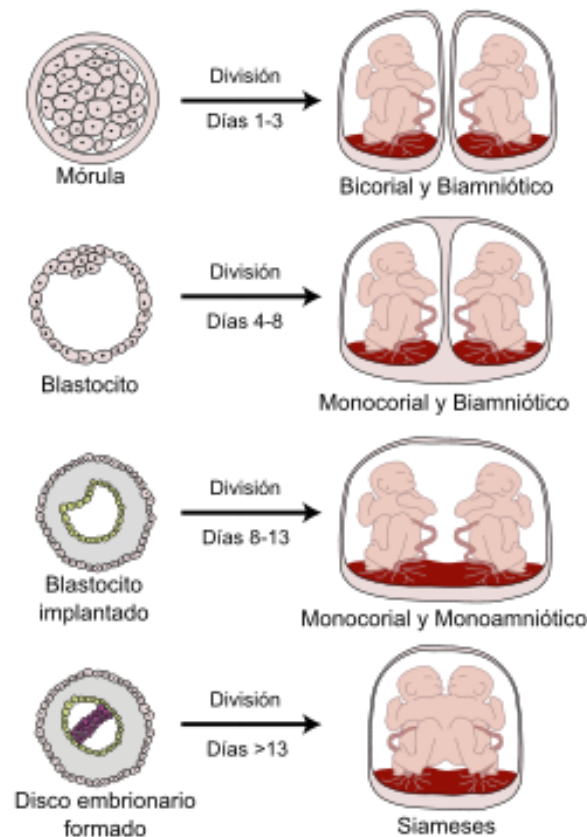


Ilustración de la formación del corion y el saco amniótico en gemelos monocigóticos.

Los gemelos bicigóticos aparecen cuando dos óvulos son fertilizados por un espermatozoide cada uno. Se forman luego dos sacos amnióticos por separado, dos coriones y dos placentas. Las placentas en los gemelos bicigóticos pueden fusionarse si los sitios de implantación están próximos uno del otros.⁷ Las placentas fusionadas pueden ser fácilmente separados después del nacimiento.

El desarrollo de los gemelos monocigóticos ocurre cuando un óvulo fertilizado se divide en dos durante las primeras 2 semanas después de la concepción. Los gemelos monocigóticos son también llamados gemelos idénticos. Si la división del huevo fertilizado ocurre dentro de los primeros 2-3 días después de la fecundación, los gemelos monocigóticos producirán un saco amniótico y un corion separados del otro.⁶ Estos gemelos bicoriales tienen placentas diferentes que pueden ser separadas o fusionadas. Aproximadamente el 30% de los gemelos monocigóticos tienen placentas bicorial y biamnióticas.⁷

Si la división del huevo ocurre de 3-8 días después de la fertilización, se traduce en gemelos con placentación monocorial y biamniótica, porque ya se ha formado el corion más no la cavidad amniótica.⁶ Aproximadamente el 70% de los gemelos monocigóticos son monocoriales y biamnióticos.⁷ Si la división se produce incluso después, es decir, durante 9no-13.^{er} día después de la fecundación, la placentación suele ser monocorial y monoamniótica.⁶ Los gemelos monocoriales y monoamnióticos son poco frecuentes y sólo el 1% de los gemelos monocigóticos tienen este tipo de placentación. Estos gemelos monocoriales y monoamnióticos tienen una placenta común con las comunicaciones vasculares entre las dos circulaciones. Estos dos gemelos pueden desarrollar el síndrome de transfusión gemelo a gemelo. Si se produce la fusión más de 13 días después de la fertilización, entonces los gemelos monocigóticos sólo logran quedar parcialmente divididos, lo que produce gemelos adheridos.

Los trillizos puede ser monocigóticos, bicigóticos, o tricigóticos. Los trillizos tricigóticos ocurren cuando 3 espermatozoides fertilizan un óvulo cada uno. Los trillizos bicigóticos se desarrollan a partir de la unión de gemelos monocigóticos y un tercer individuo derivado de un cigoto aparte. Por último, dos divisiones cigóticas consecutivas dan como resultado un feto desaparecido y trillizos monocigóticos.

Complicaciones

Los productos de embarazos múltiples tienen mayor riesgo de resultados perinatales adversos en comparación con sus homólogos de embarazos simples, principalmente debido a un mayor riesgo de un parto prematuro y debido a la monocorionicidad que es cuando los gemelos comparten la misma placenta y un solo saco amniótico. Últimamente se ha hecho más clara la asociación entre la monocorionicidad y los eventos perinatales adversos.⁸ Los embarazos monocoriónicos tienen aproximadamente un 15% de riesgo de desarrollo del síndrome de transfusión gemelo a gemelo, que puede estar asociado con la mortalidad y la morbilidad perinatal, a pesar del tratamiento. Además, la muerte fetal intrauterina de uno de los gemelos en un embarazo monocoriónico puede estar asociada con un riesgo mayor del 20% de que el gemelo sobreviviente desarrolle una encefalomalacia multiquística.⁸

Tratamiento

Actualmente el uso de tocolíticos “profilácticos” ha disminuido el índice de amenaza de parto pretérmino debido a la sobredistensión uterina ocasionada por el embarazo de alto orden fetal. El uso de betamiméticos como la terbutalina, la orciprenalina y calcioantagonistas, como la nifedipina a partir de la semana 32 han mejorado los resultados perinatales de productos de embarazos de alto orden fetal.

11. MACROSOMIA

El término es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso por arriba del normal. La fisiopatología de la macrosomía está relacionada a la condición materna o a la condición del desarrollo fetal. Esta condición está fuertemente relacionada con la diabetes gestacional, en general cuando está mal controlada, así como en casos de obesidad en la madre y/o un aumento excesivo de peso en la madre.

Estos factores tienen en común periodos intermitentes de hiperglucemia. La hiperglucemia en el feto provoca una estimulación de la insulina, estimulando muchos factores que terminan con acumulación de grasa y glicógeno, y el resultado es un bebé con un peso mayor al normal. (de 4.000 g hacia arriba).

El riesgo de este tipo de bebés de nacer por cesárea es alto. Otra posible causa de esta condición es un embarazo prolongado, más allá de la fecha esperada del parto.

12. POLIHIDRAMNIOS

Es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca.¹ La alteración puede ocurrir cuando el feto no puede tragar la cantidad normal o suficiente de líquido amniótico o debido a diversos problemas gastrointestinales, cerebrales o del sistema nervioso (neurológicos) o de otro tipo de causas relacionadas con el aumento en la producción de líquido como cierto trastorno pulmonar del feto.

Etiología: La causa subyacente del exceso de volumen de líquido amniótico es evidente en algunas condiciones clínicas y no es completamente entendida en otros. Las causas que con más frecuencia se asocian con el polihidramnios incluyen las siguientes:^{1 2}

- Embarazo múltiple con síndrome de transfusión gemelo-gemelo (síndrome de transfusión fetofetal), es decir, un aumento de líquido amniótico en el gemelo receptor y una disminución de líquido amniótico en el gemelo donante
- Anomalías fetales abdominales, incluyendo atresia esofágica, generalmente asociada con una fístula traqueoesofágica, agenesia traqueal, atresia duodenal, atresias intestinales y otras
- Déficit de la hormona antidiurética
- Trastornos del sistema nervioso central y enfermedades neuromusculares que causan disfunción fetal para tragar
- Trastornos del ritmo cardíaco congénito, anomalías asociadas con hidropesía fetal, hemorragia fetal materna y la infección por parvovirus
- Un mal control de la diabetes mellitus materna (si está presente la enfermedad vascular grave también puede aparecer un oligohidramnios)
- Anomalías cromosómicas, en la mayoría de la trisomía 21, seguida de la trisomía 18 y la trisomía 13
- Acinesia fetal con incapacidad para la deglución

Cuadro clínico: la inspección visual puede poner de manifiesto una rápida ampliación del útero en la mujer embarazada, es decir, un aumento del tamaño del abdomen que no correlaciona con la edad gestacional. Las gestaciones múltiples están también asociadas con polihidramnios.¹ En la ecografía se pueden visualizar anomalías fetales asociadas con macrosomía neonatal, que incluyen al polihidramnios, hidropesía fetal neonatal con anasarca, ascitis, derrames pleurales o pericárdicos, y la obstrucción del tracto gastrointestinal, por ejemplo, la atresia esofágica o duodenal, fístula traqueo-esofágica, etc.

Las malformaciones esqueléticas también pueden ser visualizadas, entre ellas la dislocación congénita de cadera, pie zambo, y la reducción de las extremidades defecto. Ciertas anomalías en los movimientos fetales son indicativos de trastornos neurológicos primarios o bien están asociadas con un síndrome genético, como la poliploidía.²

Complicaciones: Los estudios muestran un aumento del riesgo de anomalías fetales en sus formas más graves asociadas con polihidramnios. En una serie en 1990, el 20% de los casos con polihidramnios tenían asociados anomalías fetales, incluyendo problemas del sistema gastrointestinal (40%), CNS (26%), sistema cardiovascular (22%), o sistema genitourinario (13%).² Entre estos casos de polihidramnios, las gestaciones múltiples se produjeron en el 7,5%, 5% se debieron a la diabetes materna, y el restante 8,5% se debieron a otras causas.² Sin embargo, al menos el 50% de los pacientes no tenían factores de riesgo asociados.

13. HIDROCEFALIA

La hidrocefalia (término que deriva de las palabras griegas «hidro» que significa agua y «céfalo» que significa cabeza) es un trastorno cuya principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro.

Esta se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", aunque este líquido no es agua sino que es líquido cefalorraquídeo, un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal.

La acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo tiene como consecuencia una dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos. Esta dilatación ocasiona una presión potencialmente perjudicial en los tejidos del cerebro, generalmente el

aumento del líquido en los ventrículo cerebrales es producido por la obstrucción de los conductos situados por debajo del cerebelo.

Fisiología

El sistema ventricular está constituido por cuatro ventrículos conectados por vías estrechas. Normalmente, el líquido ceforraquídeo fluye a través de los ventrículos, sale a cisternas (espacios cerrados que sirven de reservorios) en la base del cerebro, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y, luego, es absorbido en la corriente sanguínea.

El líquido ceforraquídeo tiene tres funciones vitales importantes:

- Mantener flotante el tejido cerebral, actuando como colchón o amortiguador.
- Servir de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos.
- Fluir entre el cráneo y la espina dorsal para compensar los cambios del volumen de sangre intracraneal (la cantidad de sangre que hay dentro del cerebro). El equilibrio entre la producción y la absorción de líquido ceforraquídeo es de vital importancia. En condiciones ideales, el líquido es casi totalmente absorbido en la corriente sanguínea a medida que circula. Sin embargo, hay circunstancias que, cuando se hallan presentes, impedirán o perturbarán la producción de líquido ceforraquídeo o que inhibirán su flujo normal. Cuando se perturba este equilibrio, se produce la hidrocefalia.

Síntomas y causas de la hidrocefalia

Comprende desde vómitos, parálisis, alteraciones de las principales funciones mentales como la pérdida de la coordinación, visión borrosa e irritabilidad.

Esta enfermedad puede ser heredada o adquirida en una fase adulta, donde se dan más casos a partir de los 60 años. Las causas más frecuentes de la hidrocefalia son:

1. Una patología tumoral
2. Abscesos cerebrales
3. Traumatismos craneales
4. Infecciones en las meninges

Análisis y tratamiento

Estudiando el caso y los síntomas que producen en el paciente y gracias a una resonancia magnética cerebral se puede diagnosticar la enfermedad.

El tratamiento consiste en liberar la causa que produce la obstrucción del LCR (líquido cefalorraquídeo). También puede usarse una sonda para desviar a su flujo normal el LCR hacia el abdomen donde puede reabsorberse, esta sonda se implantaría quirúrgicamente. 1

Tipos de hidrocefalia

La hidrocefalia puede ser congénita o adquirida. La hidrocefalia congénita se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por influencias ambientales durante el desarrollo del feto o por predisposición genética. La hidrocefalia adquirida se desarrolla en algún momento después del nacimiento. Este tipo de hidrocefalia puede afectar a personas de todas las edades y puede ser ocasionado por una lesión o una enfermedad que causa agrandamiento de los ventrículos a consecuencia de un aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo causando, por lo general, una obstrucción. La hidrocefalia también puede ser comunicante o no comunicante.

13.1 Hidrocefalia comunicante

La hidrocefalia comunicante ocurre cuando el flujo del líquido cefalorraquídeo se ve bloqueado después de salir de los ventrículos al espacio subaracnoideo. Esta forma se denomina comunicante porque el líquido cefalorraquídeo aún puede fluir entre los ventrículos, que permanecen abiertos. La reabsorción de este líquido está alterada en las vellosidades aracnoideas por infecciones o hemorragias. Se caracteriza por una dilatación de las cavidades ventriculares del cerebro por delante del sitio de la obstrucción. Dependiendo de la velocidad de insaturación y la edad del paciente, puede ser una hidrocefalia aguda (caracterizada por herniación cerebral y muerte súbita) e hidrocefalia crónica, con signos y síntomas de aparición lenta e hipertensión endocraneana. Cursa con retraso mental en los niños y demencia en los adultos.

13.2. Hidrocefalia no comunicante

La hidrocefalia no comunicante, llamada también hidrocefalia obstructiva, ocurre cuando el flujo del líquido cefalorraquídeo se ve bloqueado a lo largo de una o más de las vías estrechas que conectan los ventrículos. Una de las causas más comunes de hidrocefalia es la estenosis acuaductal. La causa más frecuente es la hidrocefalia congénita, que afecta a 11.000 nacimientos, con obstrucción del acueducto de Silvio, un pequeño conducto entre el tercero y cuarto ventrículo en la mitad del cerebro. Otra causa es la

malformación de Arnold-Chiari, asociada o heredada como rasgo ligado al cromosoma X. Puede también estar causada por tumores localizados en el tronco del encéfalo, cerebelo y región pineal o por hemorragias cerebrales y subaracnoideas o cicatrices derivadas de una meningitis

13.3. Hidrocefalia ex vacuo

La hidrocefalia ex vacuo ocurre cuando hay daño en el cerebro ocasionado por una enfermedad cerebrovascular o una lesión traumática. En estos casos, puede haber una verdadera contracción (atrofia o emaciación) del tejido cerebral.

13.4. Hidrocefalia de presión normal

La Hidrocefalia de presión normal, o hidrocefalia normotensiva, ocurre comúnmente en las personas ancianas y está caracterizada por muchos de los mismos síntomas asociados con otras condiciones que ocurren más a menudo en los ancianos, tales como pérdida de memoria, demencia, trastorno patológico al andar, incontinencia urinaria y una reducción general de la actividad normal del diario vivir. Esta enfermedad como la anterior (ex vacuo) afecta precisamente a los adultos.²

14. TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

Es posible que algunas mujeres tengan un parto prolongado y que las fuertes contracciones no consigan su objetivo de expulsar al feto.

Los médicos consideran que un parto se prolonga cuando supera las 14 horas en las madres primíparas y dura más de 9 horas en mujeres que ya han tenido hijos.

Otro criterio utilizado por los médicos es el de no progresión en ningún centímetro de dilatación durante un periodo de entre tres y seis horas. En otras palabras, el cuello del útero no se dilata ningún centímetro durante un periodo de entre tres y seis horas. El número de horas no es más que un criterio orientativo, no diagnóstico. Depende también de la impresión personal de cada médico, sumada a muchos otros factores que se deben tener en cuenta en cada paciente, como una cesárea previa.

Este tipo de parto requiere la intervención del médico, ya que es muy posible que haya algún fallo en la dilatación o que el feto esté obstruido por alguna razón, bien porque

esté mal colocado, bien porque tenga una anomalía congénita como la hidrocefalia. Si se presenta este tipo de complicación, el médico hará uso de los fórceps o ventosas o, en último caso, realizará una cesárea.

Si el parto se prolonga demasiado, se puede producir el agotamiento de la madre y sufrimiento fetal. Por ello, hoy en día no se permite que el parto se prolongue excesivamente.

15. TRABAJO DE PARTO PRECIPITADO

El parto precipitado es aquel que dura menos de tres horas, desde la primera contracción del parto verdadero hasta el nacimiento del niño. Como es rápido, pueden surgir complicaciones para la madre y el feto.

Complicaciones para la madre y para el feto:

1. Hipoxia fetal- si el útero no se relaja adecuadamente, el flujo sanguíneo intervilloso podría deteriorarse y causar deficiencia de oxigenación.
 2. Hemorragia intracraneal- ocasionada por el paso rápido del cabeza del feto por el conducto de parto.
 3. Laceraciones cervicales, vaginales y rectales en la madre.
- Asistir al médico en la valoración física de la madre y del feto.
 - Obtenga un acceso venoso, con catéter # 18 ó #20.
 - Notifique al médico.
 - Conserve la calma y apoye la cliente.
 - Realizar aseo perineal.
 - Controlar el nacimiento del feto con las respiraciones maternas- jadear para controlar el deseo de pujar, y así evitar daño cerebral fetal y laceraciones maternas.
 - Ejercer presión suave sobre el perineo y recibirá la cabeza entre contracciones.
 - Normalmente el resto del cuerpo saldrá en la siguiente contracción. La enfermera no debe detener la cabeza del feto para evitar el nacimiento.
 - Una vez sale la cabeza, la enfermera debe succionar el moco en la nariz y boca del neonato con la perita de goma.
 - Palpe el cordón umbilical para asegurarse que no esté enredado en el cuello del bebé,

en cuyo caso deslícelo suavemente por encima de la cabeza.

- Cuando la cabeza gire y el hombro anterior quede por debajo del sínfisis pubis, la enfermera ayuda a extraer el feto, para que el hombro posterior y el resto del cuerpo se deslicen hacia el exterior.
- Seque al neonato inmediatamente luego del nacimiento para evitar hipotermia.
- Corte el cordón umbilical.
- Evalúe el color y las respiraciones del recién nacido.
- Coloque al neonato sobre la madre para que sienta el calor al contacto con la piel y ésta observe el sexo de su hijo, luego envuélvalo en un frazada estéril.
- Observe por separación de la placenta y pida a la madre que puje para la expulsión de la placenta. Evalúe si la placenta está completa o si retuvo partículas de ésta.
- Provea masaje al útero, para mantenerlo firme y contraído. Evalúe el sangrado. Tome signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir los factores influyentes en la hemorragia postparto de las mujeres que fueron atendidos sus partos en la Maternidad Periférica de Amatlán durante los meses de Febrero a Mayo del 2013.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1. Tipo de Estudio.

Cuantitativo porque se recolecto información en cantidades numéricas y su análisis se realizara utilizando estadística descriptiva porque en él se describen los factores influyentes de la hemorragia post parto de las mujeres que fueron atendidos sus partos en la maternidad periférica de Amatitlán.

4.2. Población y muestra

Se tuvo una muestra de 14 mujeres que fueron atendidos su parto en la Maternidad Periférica de Amatitlán,

4.3. Sujeto de estudio

Pacientes de postparto que presentaron hemorragia postparto en la Maternidad Periférica de Amatitlán

4.4. Criterios de inclusión

Todas las mujeres que fueron atendidos sus partos en la maternidad periférica de Amatitlán durante este mes de febrero 2013

4.5. Variables

Como variables de estudio se consideraron:

- Características socio-demográficas de las hemorragias
- Determinar la cantidad de pérdida de sangre de la paciente por la hemorragia postparto
- Determinar si el embarazo es de termino en el momento que la paciente presento hemorragia postparto
- Determinar si las lesiones que las pacientes sufrieron fueron de alto riesgo
- La hemorragia se debió a: Autonomía Uterina, Laceraciones, Retención Placentaria, Coagulopatias, Ruptura Uterina, Acretismo Placentario y otras causas.
- Factores de riesgo que presento la paciente.
- Número de partos.
- Medicamentos administrados preparto.

- Medicamentos administrados postparto
- Que tratamiento se brindo: Masaje Uterino, Empaque Uterino y Tratamiento farmacológico.

Variables	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo Variable	Escala de Medición
Características socio-demográficas de las hemorragias	Distribución de las características socio-demográficas de las mujeres que fueron atendidos sus partos en la Maternidad Periférica de Amatlán	Edad (edad en años cumplidos en el momento del parto) 15 - 24 años 25 - 34 años 35 o mas	Cuantitativa	Nominal
Determinar la cantidad de pérdida de sangre de la paciente por la hemorragia postparto	identificar la cantidad de cc de sangre perdida durante la hemorragia postparto	Cantidad de pérdida de sangre en el momento del parto	Cuantitativa	Nominal
Determinar si el embarazo es de termino en el momento que la paciente presento hemorragia postparto	Identificar si el embarazo cumple con las 40 semanas de gestación al momento de presentar hemorragia postparto	Cantidad de semanas de gestación de la paciente en el momento del parto	Cuantitativa	Nominal
Determinar si las lesiones que las pacientes sufrieron fueron de alto riesgo	Tipo de lesiones que causaron las hemorragias postparto a las pacientes	Mortal Paciente fallecida Paciente viva	Cuantitativa	Nominal
Determinar la causa de la hemorragia	Tipos de lesiones causadas en el aparato reproductor femenino	Atonía Uterina Laceraciones Retención Placentaria Coagulopatias Roptora Uterina Acreditismo Placentario Otras Causas	Cuantitativa	Nominal
Identificar los factores de riesgo que presento la paciente	Tipos de riesgo que presento la paciente durante la gestación y en el momento del parto	Embarazo múltiple Macrosomia fetal Polihidramnios Hidrocefalia T.P. Prolongado T.P. Precipitado Presentación fetal anormal. Gran multiparidad Uso de oxitocina Parto extrahospitalario Inducción o Conducción Otras Causas	Cuantitativa	Nominal

Definir el número de partos de las pacientes	Cantidad de partos de las pacientes y presentaron hemorragia postparto	Cantidad de partos	Cuantitativa	Nominal
		1 a 2 partos		
		3 a 4 partos		
		5 o mas		
Identificar que medicamentos fueron administrados postparto a la paciente	De acuerdo a las ordenes medicas	Tipo de medicamento administrado postparto a la paciente	Cualitativo	Nominal
Identificar qué tipo de tratamiento se brindo	Según los criterios médicos, para el diagnostico de hemorragia vaginal que tratamiento es adecuado para la paciente	De acuerdo a que se debió la hemorragia se pueden brindar los siguientes tratamientos	Cuantitativa	Nominal
		Masaje Uterino		
		Empaque uterino		
		Tratamiento farmacológico		
		Oxitocina		
		Ergonovina		
		Otros		

4.6. Instrumentos a utilizar para recolectar y registrar la información

Se utilizo el instrumento de cuestionario comprendido de siete ítems con preguntas cerradas y el listado de chequeo para identificar factores de riesgo que se suscitaron en la hemorragia post parto.

4.7. Procedimiento para la recolección de la información

Luego de haber seleccionado el tema a investigar se procedió a elaborar el protocolo de investigación, iniciando por la revisión teórica que fundamento el estudio, seguidamente se elaboro el instrumento que permitirá recabar la información basada en los indicadores de la variable para comprobar si el instrumento es comprensible y poder medir el tiempo a utilizar en su llenado, se realizo un estudio piloto en la Maternidad del Hospital Nacional de Amatlán ya que posee características similares a las del trabajo de campo.

Tanto para el trabajo de campo como para el estudio piloto, se conto con la autorización de las autoridades de ambas instituciones.

4.8. Plan de análisis

Para fines del análisis de los datos obtenidos en el estudio se consideraron los siguientes pasos:

- Se analizaron todos los instrumentos de recolección de datos, para garantizar el adecuado llenado y luego la elaboración de una base.

- Se calcularon frecuencias y proporciones de los datos obtenidos.
- Se ingresaron los datos contenidos en los instrumentos de recolección de datos a la hoja de un libro de Excel.
- Se realizaron tablas y graficas para la presentación de los resultados.
- Se realizaron conclusiones de los resultados.

4.9. Aspectos éticos

Se tomo en cuenta aquellos principios éticos que se comprometen a cumplir cuando se realiza un trabajo de investigación y se incluye a personas.

4.9.1. Autonomía

Cuando los sujetos de la investigación se encuentran bien informados de la naturaleza de la misma de los costos y beneficios potenciales, están en posición de tomar una decisión sobre su participación y son libres de participar o no. Se explicará al grupo de señoras sujetos de estudio que tendrán el derecho a decidir su participación en el mismo, se les dio a conocer el objetivo de la investigación y que podrían abandonar el estudio cuando así lo decidieran.

4.9.2. Justicia

Todas las participantes del estudio se les trato de la misma forma sin diferencia alguna.

4.9.3. Beneficencia

Se les informo que este estudio seria de beneficio para la población y que se utilizo para buscar mejores estrategias para implementar acciones que ayuden a disminuir las hemorragias post parto.

4.9.4. Respeto

A todas las participantes se les trato con respeto e igualdad, sin importar credo religioso, político o posición en la institución.

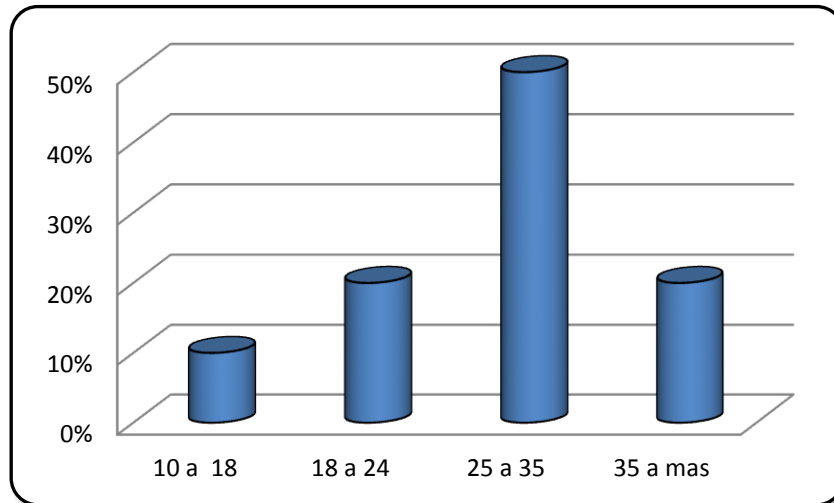
4.9.5. Consentimiento Informado

Se explico claramente a las señoras que fueron atendidos sus partos el objetivo de la investigación y de que pueden decidir por si mismas si participan o no en el estudio y/o que puede retirarse de la investigación en el momento que lo considere conveniente.

V. RESULTADOS

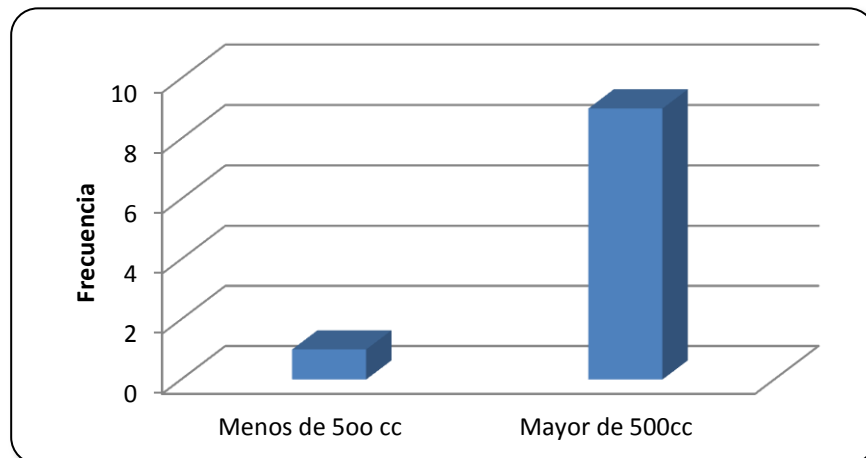
GRAFICA No. 1

EDAD DE PACIENTE

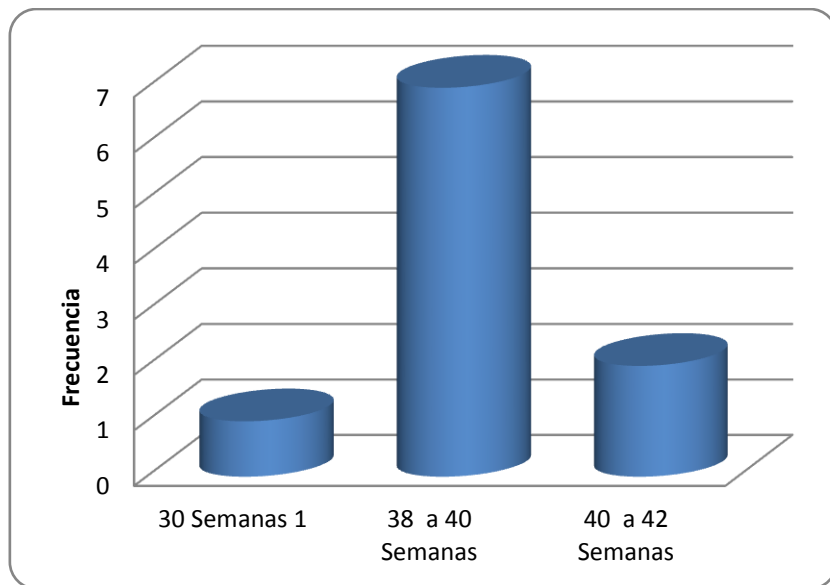


GRAFICA No. 2

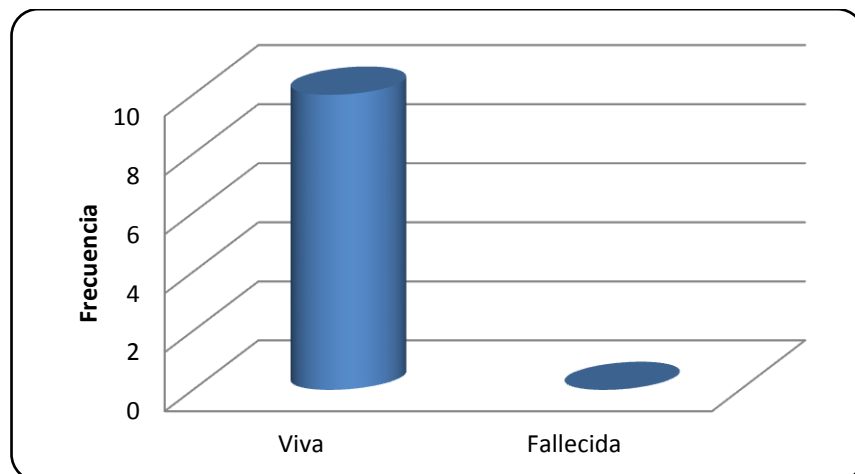
CANTIDAD DE SANGRE PÉRDIDA



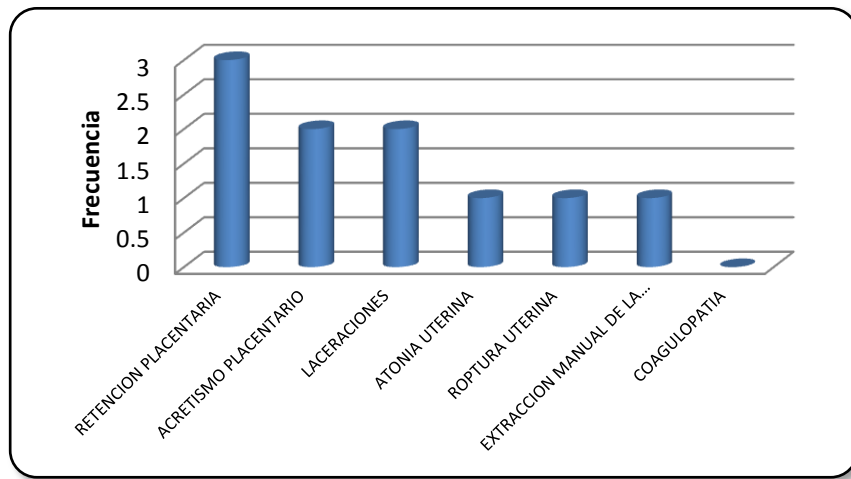
GRAFICA No. 3
DURACION DEL EMBARAZO



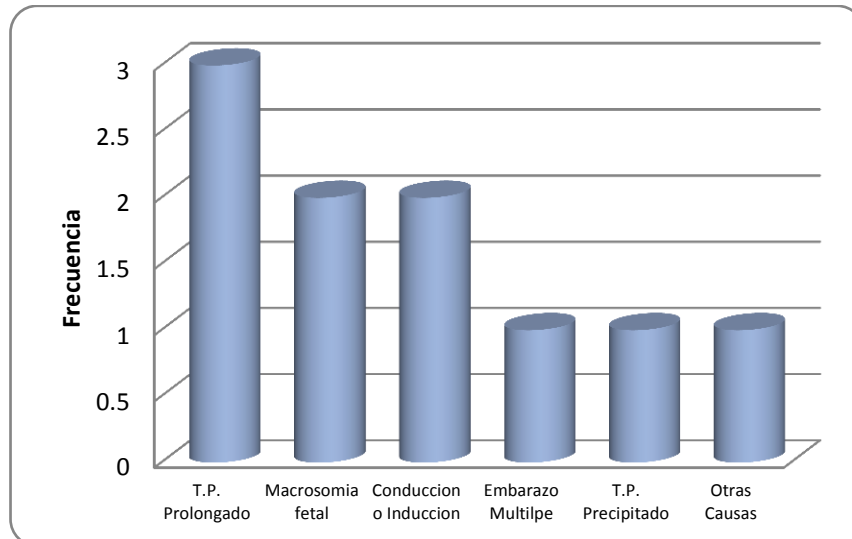
GRAFICA No. 4
ESTADO DEL PACIENTE



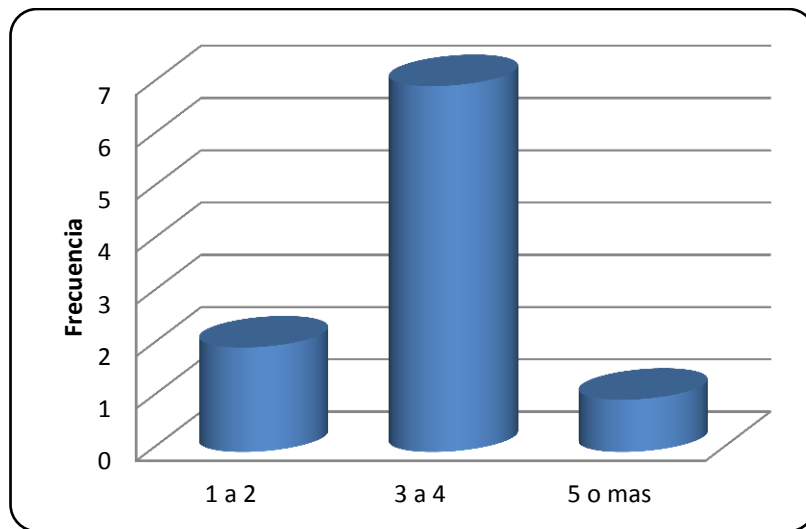
GRAFICA No. 5
CAUSAS DE LA HEMORRAGIA



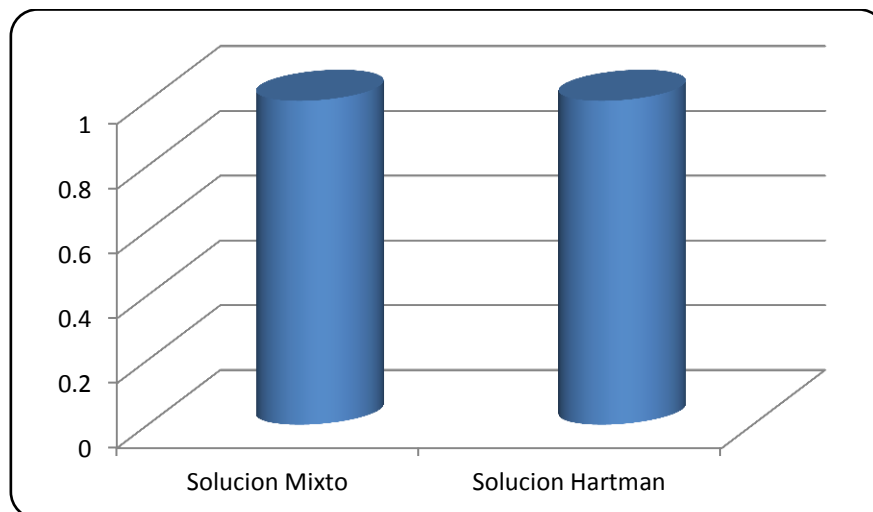
GRAFICA No. 6
FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTO LA PACIENTE



GRAFICA No. 7
NUMERO DE PARTOS POR PACIENTE

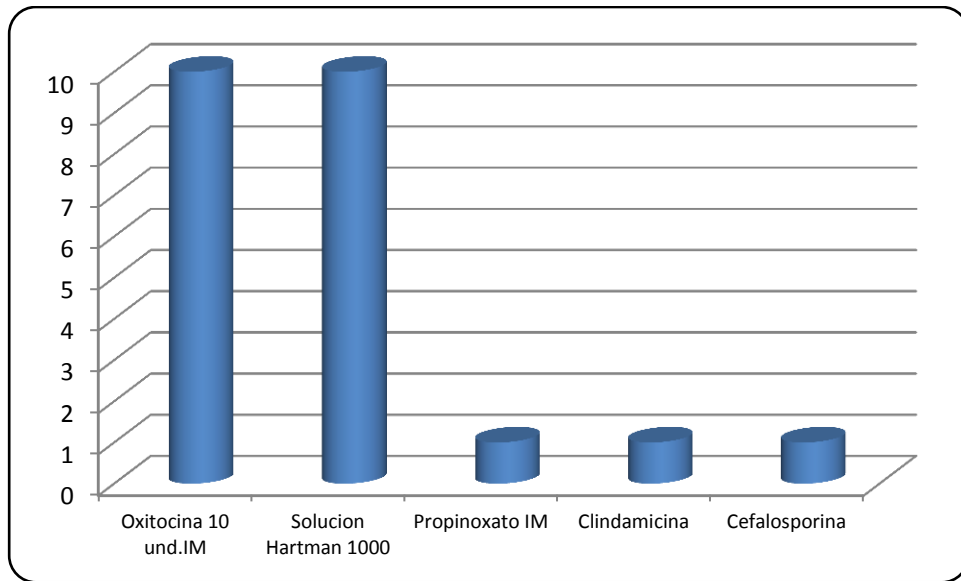


GRAFICA No. 8
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PRE PARTO



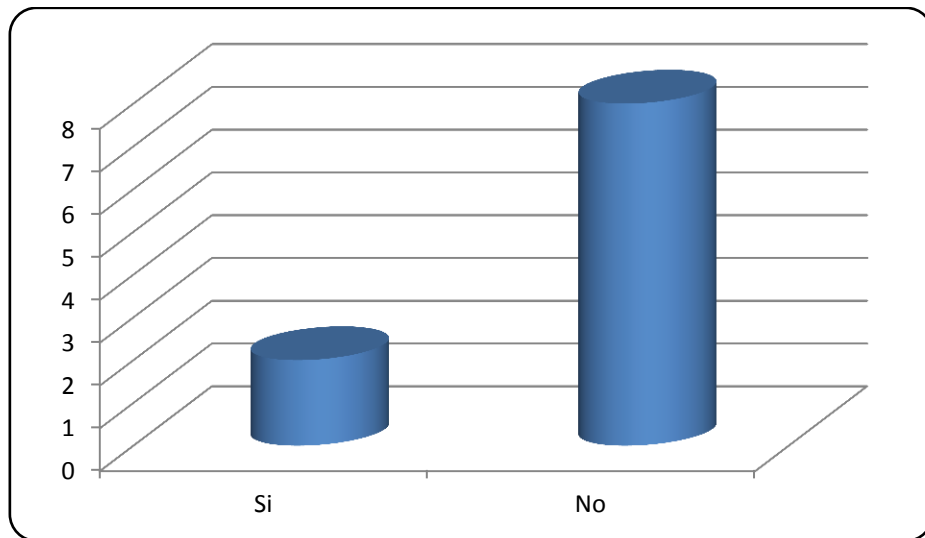
GRAFICA No.9

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PROST PARTO

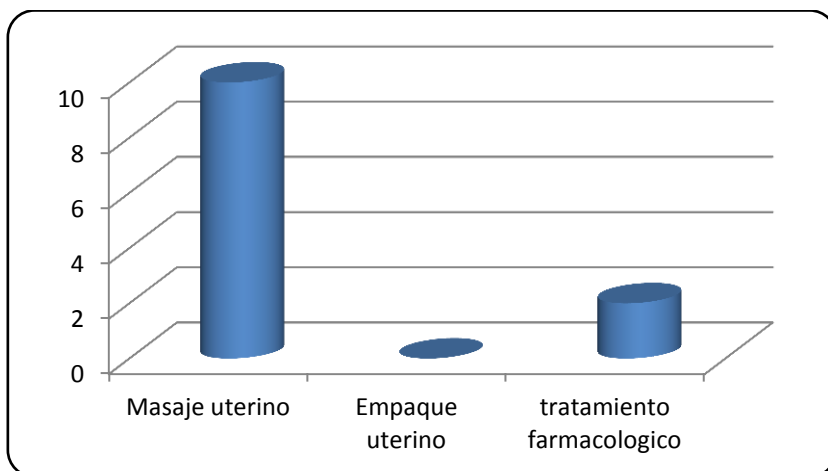


GRAFICA No.10

SE BRINDO TRATAMIENTO



GRAFICA No.11
QUE TRATAMIENTO SE BRINDO



FUENTE: Lista de chequeo del estudio “Factores Influyentes En La Hemorragia Post Parto En Mujeres Que Fueron Atendidos Sus Partos En La Maternidad Periférica de Amatlán Durante Los Meses De Febrero A Mayo Del 2013”.

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se observa que un grupo de señoras con mayor edad y que representan el 20% del estudio realizado que tienen riesgo pues según el programa de Salud Reproductiva la edad para mayores riesgos de embarazo es a partir de 35 años de edad. Y no menos importante el 10% de adolescentes que sufrieron hemorragia vaginal post parto corriendo el riesgo de no alcanzar el proyecto de vida establecido por cada persona, y dejando un recién nacido sin el amor y cuidado de la madre. El 80% de las señoras estudiadas han perdido más de 500 cc de sangre post parto, por lo que es una causa de mortalidad. El porcentaje mayor corresponde a que las complicaciones han ocurrido en señoras con embarazo a término y existe viabilidad de vida del Recién Nacido. La hemorragia post parto no es específica en edad gestacional a término puede ser en señoras de trabajo de parto prematuro y la hemorragia ocurre en la primera hora post-parto no importando la edad gestacional.

Para que una paciente sobreviva de una hemorragia post parto debe existir un trabajo en equipo oportuno y con conocimiento de lo que se esté tratando, en esta grafica se observa que de la muestra de 10 señoras de la población correspondiente al 100% de la investigación sobrevivió a una hemorragia post parto, siendo atendida oportunamente por el personal de salud.

Existen varios factores que influyen para que exista una hemorragia post parto, sin embargo el factor dominante es la Retención Placentaria con un 30 %, por lo que se puede indicar que existen factores de actitud o de conocimiento del personal que atiende el parto, seguido de otras complicaciones como Acretismo Placentario, Laceraciones, Atonía Uterina, Extracción Manual de la Placenta mismas que son complicaciones obstétricas que pueden ocurrir. Sin embargo, requiere conocimiento experiencia y habilidad de quien atiende para evitar y atender oportunamente.

En un 30% de trabajo de parto es prolongado por lo que se considera un factor biológico en la hemorragia post parto, viéndose en la necesidad de inducir o conducir el trabajo de parto. El 70% de las pacientes son multíparas el cual es un factor predisponente relacionado con las complicaciones post parto pues el útero conforme los partos van perdiendo el tono muscular y aumenta el riesgo por presentar hemorragia post parto por Atonía Uterina.

En el total de la muestra de pacientes para este estudio se utilizó oxitócina 10 unidades IM y solución Hartman, por lo que se considera que no se llevó a cabo

adecuadamente el MATEP. Pues según las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las acciones que incluyen el MATEP son: colocar piel a piel al bebe con la madre. Administrar oxitocina 10 unidades IM. Pensar y cortar el cordón cuando deje de latir. Poner al bebe con el pecho de la madre y cubrirlo evitando enfriamiento. Realizar tracción controlada para el alumbramiento. Efectuar masaje uterino.

En el total de la muestra de pacientes para este estudio se utilizó masaje uterino y un 20% se brindó tratamiento farmacológico por lo que se considera que las acciones técnicas son de suma importancia para evitar la mortalidad materna ayudando con el masaje se haga presente el globo de seguridad de pinar asegurando la involución uterina evitando así una hemorragia más sebera. En su menoría de las pacientes asistió a control prenatal siendo esta una de las acciones fundamentales para llegar al feliz término del embarazo detectando así cualquier complicación que pueda suscitar durante el trabajo de parto y según las normas de atención en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, durante el embarazo se debe de asistir por lo menos a 4 controles.

6.1. CONCLUSIONES

6.1.1. Con estos resultados se demuestra que tanto las madres añosas como las adolescentes son factores incluyentes en que ocurra la hemorragia en el pos parto.

6.1.2. El factor predominante que se pudo observar en el presente estudio, para que ocurriera la hemorragia posparto fue la retención placentaria, seguidos de otras complicaciones como el acretismo placentario, laceraciones y atonía uterina.

6.1.3. Otro factor que se considera importante para que curran las hemorragias es el trabajo de parto prolongado.

6.1.4. La multiparidad es otro factor de riesgo para que las señoras estén predispuestas a una hemorragia posparto, según el presente estudio.

6.1.5. El factor más determinante que se encontró es que las señoras no acuden a los controles prenatales por lo que ocurren cualquiera de estas complicaciones que al final provoca la hemorragia posparto.

6.2. RECOMENDACIONES

6.2.1. Que se establezca un programa de educación permanente para la recapacitación del personal de salud que atiende los partos en esta institución, y así fortalecer conocimientos, habilidades y actitudes.

6.2.2. Promover un programa de autocuidado para todas las madres que son atendidas en esta institución sobre salud reproductiva y enfatizar en la necesidad de sus controles prenatales, en caso tengan próximos embarazos.

6.2.3. Socializar la presente investigación con la institución donde se desarrolló y con otras que tengan similitud en los servicios que brinda.

6.3 INTERVENCIONES

6.3.1. Se llevó a cabo programa de educación permanente tanto para el personal médico como para el personal paramédico, sobre emergencias obstétricas como el código rojo, este impartido con el apoyo de la dirección de la Maternidad Periférica de Amatitlán.

6.3.2. Se impartió programa educativo al personal paramédico sobre la importancia de llevar a cabo las acciones del MATEP.

6.3.3. Se llevó a cabo programa de educación permanente a señoras que acuden a la Maternidad Periférica de Amatitlán sobre la importancia del control prenatal, señales de peligro durante el embarazo y puerperio así como el plan de emergencia comunitario y familiar.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

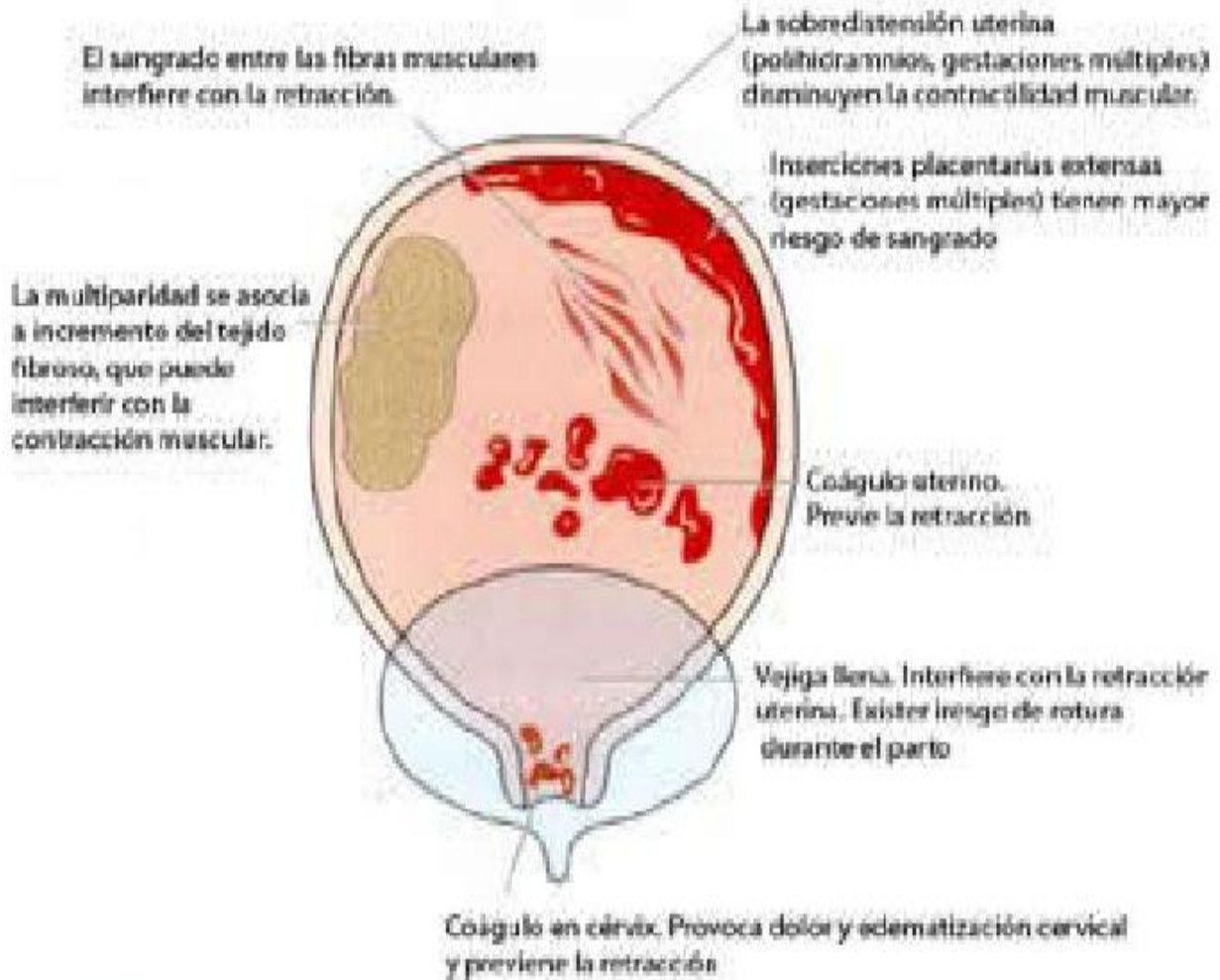
- 1 BURGUER MORENO, María Concepción. Salud Reproductiva. Conductas de Riesgo. Embarazo y ETS. En Adolescentes Pediatría CMS "Chamberi". Programa del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid 2.000. p. 32.
- 2 Comisión técnica de vigilancia en salud y sistemas de información de Centroamérica y República Dominicana.
- 3 Encuesta nacional de salud materno infantil (esmi) 2008-2009
- 4 Fondo de población de naciones unidas, unfpa, en Guatemala, publicado el 18 de Marzo del 2009, pagina web <http://noticias.com.gt/nacionales/20090318-guatemala-con-una-de-las-mas-altas-tasas-de-mortalidad-materna-en-america-latina.html>
- 5 [http://sistemas.segeplan.gob.gt/sideplanw/sdppgdm\\$principal.visualizar?pid=recuadros_odm_pdf_114](http://sistemas.segeplan.gob.gt/sideplanw/sdppgdm$principal.visualizar?pid=recuadros_odm_pdf_114).
- 6 Comisión técnica de vigilancia en salud y sistemas de información de Centroamérica y República Dominicana, 29 de Septiembre de 2011, Pagina Web <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=8676&sid=21>
- 7 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) Normas de Atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel, publicacion 2013.
- 8 Modelos y Teorías de Enfermería de Ramona Mercer.
- 9 Mortalidad materna OMS Nota descriptiva No. 348 Mayo de 2012.
- 10 OCEANO COLOR. Diccionario enciclopédico Universal tomo 3, Escombrido Jurado. Edición 1996.
- 11 oms/ops 2001 [internet], disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi>

VIII. ANEXOS

Tabla 1. Causas y factores de riesgo de HPP.

	Causas	Factores de riesgo
Atonía uterina (Tono)	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamnionitis	RPM prolongada Fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o rápido Elevada multiparidad
Retención de tejidos (Tejido)	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
Lesión del canal del parto (Trauma)	Desgarros del canal del parto	Parto Instrumental Fase de expulsivo precipitada
	Rotura/Deshidencia uterina	Cirugía uterina previa (cesárea) Parto Instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Credé
Alteraciones de la coagulación (Trombina)	Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de Hellp CID Embolia de líquido amniótico Sepsis <i>Abruptio placentae</i>
	Congénitas	Enf. de Von Willebrand Hemofilia tipo A

HEMORRAGIA VAGINAL



LISTADO DE CHEQUEO

Codigo: _____

Nombre: _____

Edad: _____ No. Historia Clinica: _____ Fecha: _____

Presento hemorragia postparto: SI: _____ NO: _____

Cantidad aproximada de sangre perdida: _____ ml.

Durazon del embarazo en semanas: _____

Paciente fallecida: _____ Paciente viva: _____

La hemorragia se debio a:

- | | | |
|--------------------------|----------|----------|
| a. Atonia Uterina | SI _____ | NO _____ |
| b. Laceraciones | SI _____ | NO _____ |
| c. Retencion Placentaria | SI _____ | NO _____ |
| d. Coagulopatias | SI _____ | NO _____ |
| e. Roptura Uterina | SI _____ | NO _____ |
| f. Acretismo Placentario | SI _____ | NO _____ |
| g. Otras Causas | SI _____ | NO _____ |

Especificar: _____

Factores de riesgo que presento la paciente:

- | | | |
|----------------------------|----------|----------|
| a. Embarazo multiple | SI _____ | NO _____ |
| b. Macrosomia fetal | SI _____ | NO _____ |
| c. Polihidramnios | SI _____ | NO _____ |
| d. Hidrocefalia | SI _____ | NO _____ |
| e. T.P. Prolongado | SI _____ | NO _____ |
| f. T.P. Precipitado | SI _____ | NO _____ |
| g. Presentacion fetal anl. | SI _____ | NO _____ |
| h. Gran multiparidad | SI _____ | NO _____ |
| i. Uso de Oxitocina | SI _____ | NO _____ |
| j. Parto extrahospitalario | SI _____ | NO _____ |
| k. Induccion o Conduccion | SI _____ | NO _____ |
| l. Otras Causas | SI _____ | NO _____ |

Especificar: _____

Numero de partos

- | | |
|-----------------|-------|
| a. 1 a 2 partos | _____ |
| b. 3 a 4 partos | _____ |
| c. 5 o mas | _____ |

Medicamentos administrados preparto

- | | |
|---|-------|
| 1 | _____ |
| 2 | _____ |
| 3 | _____ |

Medicamentos administrados postparto

- | | |
|---|-------|
| 1 | _____ |
| 2 | _____ |
| 3 | _____ |

Que tratamiento se brindo

- | | | |
|------------------------------|----------|----------|
| a. Masaje uterino | SI _____ | NO _____ |
| b. Empaque uterino | SI _____ | NO _____ |
| c. Tratamiento farmacologico | SI _____ | NO _____ |

Oxitocina _____ Ergonovina _____
otros _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**FACTORES INFLUYENTES EN LA HEMORRAGIA POST PARTO EN PARTOS EUTOCICOS SIMPLES**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiera la ley cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.