

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

“HEMORRAGIA POST-PARTO”



GERARDO ANTONIO ORELLANA TELLEZ

Medico y Cirujano

INDICE DE CONTENIDOS

Indice de contenidos	1
Título	2
Subtítulo	2
I. Introducción	3
II. Definición y Análisis del Problema	4
III. Justificación	5
IV. Objetivos	6
V. Revisión Bibliográfica	7
VI. Material y Métodos	22
VII. Presentación de Resultados	26
VIII. Analisis y Discución de Resultados	34
IX. Conclusiones	36
X. Recomendaciones	37
XI. Resumen	38
XII. Referencias Bibliográficas	39
XIII. Anexos	42

I. INTRODUCCION.

La Hemorragia Post-Parto es una de las tres principales causas de muerte en Obstetricia. A pesar de los adelantos en las prácticas médicas es difícil predecir si una paciente presentará esta patología, por lo que la mayoría de estudios se han encaminado hacia su tratamiento. El presente estudio se realiza para determinar las principales causas, factores de riesgo, grupo etáreo más afectado y determinar el manejo terapéutico más frecuente. Para ello se revisó el archivo del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el período del 1 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998, se encontró 210 casos que se incluyen en el estudio, se recopilan, tabulan y analizan los resultados. Observamos que la causa principal de la Hemorragia Post-Parto es la Retención de Restos Placentarios (34.2%), el grupo etáreo más afectado es el comprendido entre 26 a 30 años con un 23.81% y como principal factor de riesgo el parto por cesárea con 14.7%. Se determinó que tanto los factores de riesgo como las causas de Hemorragia Post-Parto son más frecuentes en mujeres jóvenes, por lo que se recomendó principalmente continuar educando al grupo de mujeres adolescentes.

II.- DEFINICION

En un texto antiguo se hace referencia a la hemorragia postparto, la infección y la hipotensión inducida por el embarazo como "Los tres jinetes del Apocalipsis" en obstetricia, por ser las causantes de la mayor parte de las muertes maternas y fetales relacionadas con el proceso de la reproducción. En años recientes gracias a múltiples estudios y adelantos en la atención perinatal, mejores técnicas antisépticas, el descubrimiento de nuevos antibióticos, y la creación de bancos de sangre, las tasas de mortalidad materna han disminuido. (6,23)

A pesar de esto, la hemorragia post-parto continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad materna debido en parte al extenso uso de oxitócicos para inducir o conducir el trabajo de parto, la mayor incidencia de realizar partos quirúrgicos (cesáreas) con el uso de agentes anestésicos y una mayor incidencia de embarazos múltiples. (6)

Aún con los adelantos de la medicina, es difícil de predecir si una paciente presentará hemorragia postparto. Se calcula que dicha complicación obstétrica es causante entre un 11 a un 13% de la mortalidad materna. (6,22)

Debido a las consecuencias serias de la hemorragia postparto se estudiarán los casos que se presentaron en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bathancourt de Antigua Guatemala, durante los últimos cinco años, para determinar los principales factores de riesgo, grupo étnico afectado, manejo terapéutico, las causas más frecuentes de hemorragia postparto y la mortalidad ocasionada por la misma, y se identificará los factores de riesgo.

III.- JUSTIFICACION

La Hemorragia Post-Parto es una de las complicaciones más serias y peligrosas del periodo perinatal, encontrándose entre las tres primeras causas de muerte en obstetricia. Playfair en 1,898 describió que no existe ninguna urgencia en obstetricia que deje menos tiempo para la reflexión, la consulta, y la vida de la paciente, con frecuencia dependerá de la rapidez de la actuación del médico que la atiende. Ya que dicha patología no es predecible, a pesar de que existen potenciales factores de riesgo, puede presentarse en cualquier paciente obstétrica, y dada su alta mortalidad requiere del diagnóstico y tratamiento inmediato. (17,20)

En la mayoría de países se ha venido incrementando la incidencia de Hemorragia Post-Parto debido al uso indiscriminado de agentes uterotónicos, partos por cesárea, polihidramnios, uso de fórceps, embarazo múltiple, embarazo en mujeres arias o jóvenes y por la mala práctica en la atención del parto por personal no especializado y la influencia de costumbres y creencias de la población. Los anteriores factores ejercen un efecto positivo en la aparición de la Hemorragia Post-Parto como lo describe O'Leary en 1,966. (15,16)

En el departamento de Sacatepequez, Antigua Guatemala y específicamente en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt no existe ningún estudio sobre Hemorragia Post-Parto que refleje la realidad de dicho problema y que nos indique los factores de riesgo que la ocasionan o predisponen. Por tal motivo se justifica la investigación con la cuál se obtendrá información valiosa que se utilizará en el diagnóstico oportuno y en el tratamiento inmediato.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las principales causas de Hemorragia Post-Parto en las pacientes admitidas al departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala durante el período del uno de enero de mil novecientos noventa y cuatro al treinta y uno de diciembre de mil novecientos noventa y ocho.

ESPECIFICOS:

- Identificar los principales factores de riesgo de hemorragia postparto.
- Determinar el grupo etáreo más afectado.
- Describir la conducta terapéutica pre y posparto de las pacientes que presentaron hemorragia postparto.
- Identificar la causa más frecuente de hemorragia Postparto.
- Determinar si es causa de mortalidad materna.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. RESEÑA HISTORICA:

Antiguamente la Hemorragia Post-Parto era causa de la mayor parte de las muertes maternas, por ejemplo en U.S.A. en 1,940 la mortalidad materna era de 376 por 100,000 nacidos vivos de los cuales el 10.5% eran debidos a hemorragia postparto. Dicha patología venia en descenso ya que para 1,980 en U.S.A. existia una mortalidad materna de 9 por 100,000 nacidos vivos y un análisis aun más reciente revela que de 2067 muertes maternas en ese país muestra que la hemorragia obstétrica fué causa de 13% de los fallecimientos maternos por hemorragia postparto en más de 33% de estos casos. (6)

Recientemente se ha registrado un nuevo incremento en la incidencia de hemorragia postparto debido a cambios en el tratamiento, mayor porcentaje de partos por cesárea, el uso más frecuente de oxitocina para inducción y conducción del trabajo de parto y la mayor prevalencia de embarazos múltiples. (19,25)

B. ANATOMIA FEMENINA:

1.- GENITALES INTERNOS:

La vagina, es un conducto delgado, muscular de aspecto rugoso de 8 a 10 centímetros de longitud y 4 cm. de diámetro.

El cuello uterino hace protrusión varios centímetros por la parte superior de la vagina para formar ahuecamientos que se denominan fondos de saco, el labio posterior del cuello uterino, suele ser más largo que el área anterior y el fondo del saco posterior puede ser más profundo que el anterior.

La vagina se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto, y se encuentra apoyada sobre los ligamentos uterinos transversos (ligamentos cardinales) y los músculos elevadores del ano. Se fija por su cúpula en el cuello uterino y por su extremidad inferior a los planos del perineo y a la vulva, por sus caras anterior y posterior se fija a la vejiga, a la uretra y al recto. El peritoneo del fondo del saco posterior o fondo de saco de Douglas se encuentra en fondo de saco vaginal posterior.

a) INERVACION Y RIEGO SANGUINEO:

La inervación de la vagina se produce por los nervios pudendos y hemorroidales y el sistema simpático y pélvico.

El riego sanguíneo proviene de la arteria vaginal (rama descendente de la arteria uterina) y las arterias hemorroidal media y pudenda interna.(2,18)

2.- CUELLO UTERINO:

El cuello uterino es la porción del útero que se encuentra por debajo del istmo. El útero no gestante es un órgano cónico y moderadamente firme que mide 2 a 4 cm. de largo y cerca de 2.5 centímetros de diámetro externo con un conducto fusiforme central.

El cuello uterino está sostenido por los ligamentos uterosacros que se extienden de la cara posterior del cuello uterino, en los límites del istmo a la cara anterior del sacro y los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales). El cuello uterino está compuesto por cerca del 85% de tejido conectivo y 15% de fibras musculares circulares que se unen con el miometrio uterino por arriba.

La estructura anatómica del cuello uterino experimenta cambios notables durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto.(2,7,14,18).

a.- INERVACION Y RIEGO SANGUINEO:

La inervación del cuello uterino está dada por los nervios sacro segundo, tercero y cuarto y el plexo simpático pélvico.

La mayor parte de la sangre del cuello uterino circula por la arteria y la vena cervicales derechas e izquierdas, ramas principales de la circulación uterina.(18).

3.- UTERO:

El útero es un órgano muscular en forma de pera invertida con una cavidad central estrecha que se encuentra situada dentro de la pelvis entre la vejiga y el recto. Las trompas uterinas se unen al útero, una a cada lado, la porción del útero que se encuentra por arriba de la inserción tubárica se denomina FONDO. Por debajo de la inserción está el cuerpo del

útero que se continúa con el segmento supra-vaginal del cuello uterino. El útero no gestante de la mujer adulta pesa cerca de 90 gramos, y tiene una longitud de 7 a 8 cms, y unos 4 cms. de diámetro. Tras la estimulación hormonal y después del parto se produce un tamaño mayor con aumento notable de peso. El útero durante el embarazo aumenta su peso cerca de los 1,000 grms., adopta literalmente la forma de globo para aceptar el producto de la gestación.(7,18).

El útero se encuentra sostenido por en su posición normal por seis ligamentos que también contribuyen a la fijación de la cúpula vaginal y los músculos del perineo. Los ligamentos uterinos son pares y simétricos los cuales son: los ligamentos anchos, los ligamentos redondos y los uterosacros.(2,14,18).

a) INERVACION Y RIEGO SANGUINEO:

El útero recibe arterias de la uterina, rama de la hipogástrica, la cuál proporciona múltiples ramas a sus paredes. Al llegar al ángulo uterino, emite la tubárica interna que se anastomosa con la tubárica externa, rama terminal de la ovárica. Recibe también sangre arterial de la ovárica, rama de la aorta, y de la arteria de ligamento redondo, rama de la hepigástrica.(18).

La inervación del útero está dada por ramos procedentes del plexo de Frankenhauser, en el cual se encuentra un ganglio grande situado a los lados del cuello uterino y uno o dos más pequeños situados a los lados del cuerpo uterino.(2,14,18).

4.- TROMPAS UTERINAS

Las trompas uterinas son conductos que se extienden de la superficie exterior del ovario al ángulo lateral del útero, recorriendo el borde superior del ligamento ancho. Las trompas uterinas miden de 10 a 12 centímetros de longitud y su diámetro es de 2 a 4 milímetros al salir del útero aumentando progresivamente su diámetro para medir 8 milímetros en el extremo ovárico. Cada trompa se divide en cuatro porciones de adentro hacia afuera: la intersticial, el istmo, la ampolla y el pabellón. (18).

a) INERVACION Y RIEGO SANGUINEO:

La inervación de los oviductos proviene de los plexos parasimpáticos y

simpático, pélvico y ovárico. El riego sanguíneo tubárico se deriva de la rama tubárica de la arteria uterina y de la rama ovárica de la misma arteria. El drenaje venoso se produce por las vena tubáricas que acompañan a las arterias.(18)

5.- OVARIOS:

Son un par de órganos ovoides ligeramente aplanados que tienen un aspecto de color blanco perlado y moteado con muchas irregularidades en su superficie, se encuentra por debajo del reborde pélvico y están sostenidos por los ligamentos ováricos y los ligamentos infundibulopélvicos. Cada ovario pesa 4 a 8 grms. y mide 2.5 a 5 por 1.5 a 3 por 0.7 a 1.5 cms. se encuentran limitados por arriba por los vasos ilíacos externos, por debajo por el nervio y los vasos obturadores, por detrás por el uréter, la arteria y la vena uterina.(2,18)

a) INERVACION Y RIEGO SANGUINEO:

La inervación proviene de la cadena simpática lumbosacra y pasa hacia el ovario a lo largo de arteria ovárica, la cuál constituye el riego sanguíneo principal del ovario, sin embargo, el ovario recibe también sangre de la rama ovárica anastomosante de la arteria uterina. (2,8,14,20,24)

C. ESTADO DE CHOQUE EN OBSTETRICIA.

1. DEFINICIÓN:

Se define el estado de choque como la deficiencia circulatoria que impide la llegada de oxígeno y materiales nutritivos en cantidades suficientes a los tejidos del cuerpo. (12)

El estado de choque lo podemos clasificar en:

- a. CHOQUE HIPOVOLEMICO: Cuando ocurre una disminución del volumen sanguíneo circulante.
- b. CHOQUE SEPTICO: Cuando hay paso de endobacterias o de bacterias al torrente circulatorio.
- c. CHOQUE ANAFILACTICO: Cuando ocurre una reacción antígeno-anticuerpo, por la administración de un medicamento o sustancia antigénica en una paciente previamente sensibilizada.
- d. CHOQUE CARDIOGENICO: El que resulta de la disminución

aguda del gasto cardíaco, y suele acompañarse de grados variables de vasoconstricción.

- e. CHOQUE NEUROGENICO: Sucede en los casos de desmayo simple, anestesia raquídea y lesión del sistema nervioso central.
- f. CHOQUE METABOLICO: Las anomalías de líquidos, electrolitos y otras de tipo químico en caso de acidosis diabética y de insuficiencia pulmonar, hepática y renal agudas pueden trastornar los mecanismos cardiovasculares y culminar en choque.
- g. CHOQUE OBSTRUCTIVO: Puede ocurrir como resultado del bloque o de vasos sanguíneos de primera importancia por líquido amniótico, aire o coágulos de sangre.
- h. CHOQUE FARMACOLOGICO: Ocurre después de la administración de fármacos hipnóticos, anestésicos, vasodilatadores, vasoconstrictores y otros medicamentos. (12,26)

2. CUADRO CLINICO:

Para fines prácticos describiremos el cuadro clínico del choque hipovolémico ya que esta es la principal causa de muerte materna cuando se presenta hemorragia postparto. Dicho cuadro se caracteriza por mareo, ansiedad, obnubilación, palidez de las mucosas, oliguria o anuria, hipotensión arterial, colapso vascular periférico, piel fría, diaforesis, taquicardia, llenado capilar lento y cifras bajas de hemoglobina y hematocrito.

El choque hipovolémico secundario a hemorragia postparto sigue ocupando los primeros lugares como causa de muerte materna, se deben seguir las siguientes medidas para tratar de evitarla:

- a. Corregir los cuadros de anemia que se diagnostiquen durante el control prenatal.
- b. Diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones obstétricas que condicionen sangrados profusos.
- c. Evitar los procedimientos que produzcan sangrado importante.
- d. Llevar un control cuidadoso del trabajo de parto y del parto para evitar hemorragias.

- e. Atender el alumbramiento con la técnica adecuada.
- f. Diagnosticar y tratar de inmediato cualquier traumatismo del canal del parto. (21,26)

3. TRATAMIENTO:

Debe actuarse con prontitud restituyendo el volumen, corrigiendo la hipoxia y el desequilibrio electrolítico. Se determina la causa primaria del choque, se debe de obtener una breve historia y los datos físicos manifiestos que ayudan a determinar y distinguir el tipo de choque.

a. MEDIDAS GENERALES:

- i. Se coloca a la paciente en posición de decúbito.
- ii. Se establece una vía respiratoria adecuada y se garantiza la ventilación pulmonar.
- ii. Se mantiene tibia a la paciente con cobertores.
- iii. Se controla el dolor y se alivia la aprensión

b. RESTITUCION DE LIQUIDOS:

Es imprescindible restablecer el volumen sanguíneo de inmediato. Cuando están en colapso las venas superficiales, se efectúan punción de una vena de grueso calibre para la administración temporal de líquidos antes de efectuar una disección de vena o canulación percutánea de un vaso principal.

La restitución más eficaz del líquido por pérdida de sangre suele ser la sangre total, especialmente cuando el hematocrito es menor del 35%.

c. FARMACOS VASOACTIVOS:

Los vasopresores de hecho no tienen sitio alguno en la reanimación si la paciente se encuentra en estado de choque, por tanto no deben considerarse como agentes terapéuticos primarios para el choque, excepto cuando se trata de un choque cardiogénico, en el cual la administración de fármacos presores incrementa la contractilidad miocárdica, mejorando el funcionamiento cardíaco.

d. CORTICOSTEROIDES:

Los corticosteroides suelen ser benéficos en el caso de choque porque brindan apoyo a la paciente que está bajo estrés grave, ayudan a transferir líquidos desde el compartimiento intracelular hacia el extracelular, y en caso de choque séptico, bloquean los efectos simpatomiméticos de las endotoxinas y restablece el tono vascular. (7,25,26)

D. HEMORRAGIA POSTPARTO

1. DEFINICION:

Se ha definido clásicamente a la Hemorragia Post-Parto como aquella en que se pierden más de 500 ml. después del parto. Considerando que en casi todos los partos vaginales conllevan una pérdida sanguínea de 500 ml. en tanto que la cesárea 1,000 ml. Por tanto la definición más razonable de Hemorragia Post-Parto que tiene mayor aplicación clínica es la pérdida sanguínea Post-Parto mayor de 1,000 ml. Sin embargo muchos autores consideran que los cálculos clínicos de la pérdida sanguínea después del parto no son confiables ya que tienden a subestimarse por lo que han propuesto definir Hemorragia Post-Parto como una disminución del hematocrito en un 10%, o la necesidad de transfusión por pérdida sanguínea después del parto, por estos motivos el American College Of Obstetricians and Gynecologists, propone utilizar dicho esquema para definir Hemorragia Post-Parto. (6,20,24,25)

2. INCIDENCIA:

Utilizando la definición de Hemorragia Post-Parto como una pérdida sanguínea postparto mayor de 1,000 ml. en U.S.A se presentaba en 1 a 2% del total de nacidos vivos. (6)

3. CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO:

Los tres factores etiológicos de la hemorragia postparto por orden de frecuencias son: Atonia uterina, desgarros vaginales y cervicales, la retención placentaria y otras causas menos comunes como alteraciones de la coagulación sanguínea, ruptura uterina, inversión del utero y acretismo placentario. (6,12)

E. ATONIA UTERINA.

Se da el nombre de Atonia Uterina al cuadro caracterizado por la falta de contractilidad adecuada de las fibras del miometrio después del parto, que impiden que se realice una hemostasia fisiológica.

El cuadro clínico de la Atonia Uterina se caracteriza por lo siguiente: Sangrado importante, rojo rutilante con o sin coágulos por vía vaginal. Disminución de la consistencia del útero a la palpación. Presencia súbita de estado de shock hipovolémico. Anemia por diagnóstico clínico y por estudios de laboratorio. (2,9,10,24)

1. DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se establece fundamentalmente por el cuadro clínico pero la exploración del canal genital es indispensable para descartar otra patología. (12)

2. ETIOLOGIA:

Existen diversos factores predisponentes a presentar Atonia Uterina:

- a. Aumento excesivo del tamaño uterino
- b. Trabajo de parto prolongado
- c. Trabajo de parto precipitado
- d. Situaciones anormales (transversa)
- e. Uso inadecuado de oxitocina
- f. Fibromatosis uterina
- g. Gran multiparidad
- h. Desnutrición de la paciente
- i. Anestesia general con fluothano
- j. Desprendimiento prematuro de placenta
- k. Maniobras de kriesteller
- l. Tironamiento brusco del cordón umbilical durante el alumbramiento.
- m. Uso de sulfato de magnesio (2,10,12)

3. TRATAMIENTO:

El sentido común es un punto clave al instalar el tratamiento de la hemorragia por atonia uterina ya que un excesivo empeño

para salvar el útero de una mujer múltipara puede ser temerario, caso contrario se suscita en una mujer joven primípara donde se deben de agotar todas las medidas terapéuticas para salvar el útero. (1,6)

Inicialmente para resolver la hemorragia por atonia uterina se deben practicar tres maniobras reflejas clásicas:

- a). Masaje manual del fondo uterino a través de la pared abdominal para promover contracciones uterinas
- b). Elevación del útero en la pelvis con palpación intravaginal y manipulación intravaginal combinada.
- c). Exámen bimanual para obtener una anteversión marcada del útero con masaje simultáneo del fondo uterino y compresión digital de las áreas paracervicales donde las arterias uterinas entran el útero.

Las anteriores maniobras deben suplementarse con la administración intravenosa de oxitocina a razón de 20 a 30 U/500 ml. de suero. Cuando el miometrio no responde a la oxitocina se recomienda el uso de ergonovina a razón de 0.2 ml. Cuando estos dos métodos son refractarios y persiste un miometrio atónico se recomienda la inyección directa en el músculo uterino de oxitocina, prostranglandinas o metilergonovina. (3,7,9).

Otros investigadores han recomendado diversas técnicas de taponamiento uterino las cuales con frecuencia tiene éxito evitando la intervención quirúrgica. (12,13,22).

F. DESGARROS DE LA VAGINA, CERVIX Y PERINE:

Las laceraciones del periné, vagina, cervix o útero pueden provocar hemorragia visible o disimulada y siempre que persista una hemorragia en presencia de un útero intacto a firmemente contraído debe sospecharse de hemorragia por laceraciones o desgarros. (15,19,22,23).

1 LACERACIONES PERINEALES:

Las laceraciones perineales se clasifican según del grado de extensión que tengan en: Laceraciones de primer grado que comprenden piel tejido celular y mucosa vaginal.

Laceraciones de segundo grado que comprenden lo anterior y las fibras del esfínter anal, prolongándose hacia ambos lados de la vagina.

Laceraciones de tercer grado que comprenden lo anterior más sección completa del esfínter externo del ano, mucosa y pared muscular del recto. (1,2,12)

a). FACTORES PREDISPONENTES:

Hay circunstancias obstétricas que predisponen la ocurrencia de la lesión perineal como son:

- i. Primer embarazo
- ii. Paciente de edad avanzada
- iii. Presentaciones anormales
- iv. Uso de fórceps
- v. Extracción manual de la placenta
- vi. Parto precipitado
- vii. Parto prolongado
- viii. Macrosomía fetal (2,12,22)

b). TRATAMIENTO:

Las laceraciones del periné, vagina y cervix en su mayoría se resuelven mediante la sutura por planos con catgut atraumático, bajo efectos de anestesia local. Además se recomienda evitar el estreñimiento mediante la administración de laxantes y el uso de hielo, calor seco o pomadas locales de acción analgésica. (23).

2. LESIONES DE VULVA Y VAGINA:

Durante el parto pueden lesionarse los labios mayores y menores y el vestíbulo vulvar así como las paredes posterior y laterales de la vagina.

Las causas de estas lesiones son las mismas que mencionamos en las lesiones del periné y su manejo es similar. (23,25).

3. LESIONES CERVICALES:

El cervix es uno de los sitios en que se presentan con más frecuencia lesiones traumáticas durante el parto. Existen además circunstancias anormales durante el parto que favorecen la aparición de estas lesiones, como lo son las siguientes:

- a. Edema cervical
- b. Pujo de la paciente sin dilatación completa
- c. Dilatación manual del cervix
- d. Período expulsivo mal controlado
- e. Versión y parto pélvico
- f. Aplicación de fórceps

Los desgarros cervicales cuando se prolongan demasiado hacia el segmento a veces es necesario la intervención quirúrgica con anestesia general o epidural. (11,17)

G. RETENCION DE LA PLACENTA O FRAGMENTOS DE ELLA:

Se define como retención de la placenta o de una parte de ella después del parto y se clasifica así:

1. RETENCION TOTAL: Se hace evidente cuando transcurren treinta minutos después del producto y no sale la placenta.
2. RETENCION PARCIAL: Es cuando existe la adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua. (2,6)

Una de las mejores formas de extraer la placenta es mediante la exploración bimanual técnica que a veces requiere del uso de anestesia general con halotano, ya que la retracción y contracción del cervix impiden la extracción manual de la placenta, dicha medida permite conseguir una adecuada relajación del útero. (6,25).

Si la exploración bimanual falla, inicialmente debe de practicarse legrado uterino instrumental para la extracción de los restos placentarios. Si después de realizados los anteriores procedimientos persiste la hemorragia debe considerarse el estado de la paciente para determinar si debe realizarse una histerectomía inmediata o sólo histerotomía. (12)

H. OTRAS CAUSAS:

1. ALTERACIONES DE LA COAGULACION:

La Hemorragia Post-Parto puede ser producto de una coagulopatía o exacerbarse por ella. Generalmente las coagulopatías heredadas o

congénitas se conocen antes del parto de manera que puede formularse un plan de tratamiento conjuntamente con un hematólogo. (1,24).

2. ROTURA UTERINA:

La hemorragia postparto debido a la rotura del útero no se caracteriza habitualmente por pérdidas sanguíneas importantes por la vagina. La rotura uterina debe de sospecharse siempre que las contracciones uterinas cesen bruscamente, y exista deformidad del abdomen, hematuria, incapacidad para palpar la presentación en la pelvis, shock en ausencia de hemorragia externa y dolor abdominal brusco e intenso.

Es imperante la intervención quirúrgica, habitualmente la histerectomía es el tratamiento de elección. (20,22).

3. INVERSION DEL UTERO:

La inversión uterina es la complicación obstétrica que consiste en que el fondo uterino se invierte y queda en contacto con cuello uterino (inversión parcial), o bien, el órgano invertido en su totalidad que sale a través del cervix y la vagina (inversión total). (1,2,22).

La inversión uterina generalmente ocurre como consecuencia de un manejo obstétrico deficiente, pero existen factores coadyuvantes como los siguientes:

- a. Canal de parto entreabierto
- b. Laxitud de la pared uterina
- c. Presión excesiva sobre el fondo uterino
- d. Tracción excesiva del cordón umbilical

El tratamiento de la inversión uterina consiste en la reposición inmediata del cuerpo uterino a su sitio normal, pero en casos especiales puede requerir histerectomía. (12,20,24).

4. ACRETISMO PLACENTARIO:

Se da el nombre de acretismo placentario a la adherencia anormal, total o parcial de la placenta ocasionada por la penetración de las vellosidades coriales al miometrio al existir defecto de la decidua. (6,20,21,24).

El acretismo placentario normalmente es asociado con historia de placenta previa (un 64%) o una historia de cesárea anterior, dilatación y curetaje o aborto. (2,6,21,24).

La placenta acreta se clasifica así:

1. SEGÚN SU EXTENSION:

- a. Focal: El acretismo se encuentra localizado en uno o varios cotiledones placentarios.
- b. Total: La implantación anormal comprende a toda la placenta.

2. SEGÚN EL GRADO DE PENETRACION:

- a. Acreta: La implantación corial sólo alcanza una parte del miometrio.
- b. Increta: Las vellosidades penetran en todo el espesor del miometrio.
- c. Percreta. El espesor del útero en su totalidad incluyendo la capa serosa.

El manejo del acretismo placentario requiere de histerectomía, algunos pacientes pueden manejarse con curetaje sutura del sitio sangrante o ligadura de la arteria hipogástrica. (2,12,20,22).

I. OTRAS TECNICAS DE TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO:

a. TAPONAMIENTO UTERINO:

Históricamente el taponamiento de la cavidad uterina para controlar la hemorragia postparto se recomendó y autorizó en el decenio de 1,930 por los obstétricas. Sin embargo este método ha venido en desuso debido al temor de infección pero sigue siendo utilizado por algunos obstétricas.

Hay dos métodos de taponamiento transvaginal de la cavidad uterina. Uno utiliza un dispositivo tubular como el de holmes o torpin, en este método se sujeta al cuello uterino con una pinza de anillos y se introduce el instrumento en la cavidad uterina, el estilete del dispositivo introduce material seco uniformemente en todas las caras de la cavidad uterina y

después es expulsado gradualmente del útero conforme se acumula el material de taponamiento.

El segundo método utiliza pinzas de curación utilizando gasa seca en forma de rollo que se introduce en el fondo uterino con la pinza, este proceso de taponamiento se continúa hasta llegar toda la cúpula vaginal y alcanzar el introito.

Se ha descrito que el taponamiento uterino también tiene éxito para el control de la hemorragia postcesárea en la placenta previa.

Al utilizar estas técnicas de taponamiento se debe iniciar tratamiento de antibiótico profiláctico y continuar la aplicación de oxitocina durante 2 a 24 horas después de la extracción del tapón. (11,20,22,25).

b. EMBOLIZACION ANGIOGRAFICA:

Hay muchos datos que indican que la identificación radiográfica y embolización selectiva de los vasos pélvicos sangrantes es muy eficaz para el tratamiento de la hemorragia postparto, la técnica de identificación del vaso y embolización selectiva es directa. Se cateteriza la arteria femoral o la axilar bajo anestesia local. Se realiza una aortografía para identificar la anatomía de las arterias pélvicas y los sitios de hemorragia, se identifican vasos sangrantes a una velocidad de 0.5 ml. y se embolizan en forma selectiva. Se realiza angiografía posembolización para demostrar la hemostasia y excluir la posibilidad de hemorragia continua de las fuentes colaterales. (22,25,26)

La embolización angiográfica ha sido eficaz en 95% de los casos de situaciones urgentes que ponen en peligro la vida y en las que imposible la intervención quirúrgica no dió resultados. (22)

c. LIGADURA DE LA ARTERIA UTERINA:

Es un sistema quirúrgico conservador descrito por O'Leary que permite la procreación futura. Es una técnica relativamente fácil que liga la arteria y vena uterina en el segmento interior, colocando una sutura de catgut crómico, 2 a 3 centímetros por debajo de los vasos uterinos a través del miometrio y después por fuera de los vasos a través de una zona vascular

del ligamento ancho. Puede requerirse una segunda ligadura en el ligamento uterovárico y la unión uterina por el flujo colateral desde la arteria ovárica, esta técnica parece ser eficaz reduciendo la presión del pulso del útero considerando que aproximadamente el 90% del flujo de la sangre al útero provienen de la arteria uterina. (9,16,22)

d. LIGADURA DE LA ARTERIA HIPOGASTRICA:

El éxito informado de ligación de la arteria hipogástrica varía de 40 a 80% (36,37) que funciona por la reducción de presión del pulso, disminuye el flujo de sangre del lado ipsilateral aproximadamente en un 50% y la presión del pulso aproximadamente 85% (38), la ligadura de la arteria hipogástrica puede ser eficaz en pacientes con placenta acreta y prevenir la histerectomía en estas pacientes. (4,5,22)

La técnica de la ligadura de la arteria hipogástrica consta de la abertura del peritonéo que cubre a la arteria iliaca primitiva e identificación del tronco anterior distal a la división posterior. También debe identificarse el uréter. La vaina que cubre la arteria hipogástrica se abre entonces en sentido longitudinal. Se coloca una pinza de ángulo recto bajo la arteria teniendo mucho cuidado de no perforar la vena iliaca interna y se utiliza una sutura no absorbible para la ligadura. (5,12)

e. LIGADURA DE LA ARTERIA OVARICA:

Esta es una técnica o método que se utiliza para coadyuvar el tratamiento de la hemorragia postparto cuando la ligadura de la arteria uterina e hipogástrica no consiguen controlar la hemorragia uterina. (21,24)

f. HISTERECTOMIA.

Cuando todos los tratamientos médicos y los quirúrgicos más conservadores han fracasado, la histerectomía de urgencia sigue siendo un procedimiento aceptable y que potencialmente salva la vida para el control de la hemorragia postparto. (2,24)

VI. MATERIAL Y METODOS

A.- METODOLOGIA:

1. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, retrospectivo.
2. UNIDAD DE ANALISIS: expediente, de pacientes obstétricas que presentaron hemorragia postparto en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en el periodo comprendido del uno de enero de mil novecientos noventa y cuatro al treinta y uno de diciembre de mil novecientos noventa y ocho.
3. UNIVERSO DE ESTUDIO: Todos los expedientes de las pacientes obstétricas con hemorragia postparto en el periodo antes mencionado.
4. CRITERIOS DE INCLUSION:
 - Expedientes de pacientes con hemorragia postparto debida a: Atonia Uterina, Desgarros o laceraciones, retención de placenta, coagulopatías, rotura uterina, inversión del útero y acretismo placentario.
 - Embarazo a término
 - Pacientes que no fueron referidas a otro Centro Hospitalario.
5. CRITERIOS DE EXCLUSION.
 - Expedientes incompletos.
6. VARIABLES DE ESTUDIO.
 - Ver Cuadro de variables
7. RECOLECCION DE DATOS:
 - Revisión del libro de registro de pacientes ingresadas a labor y partos.
 - Anotar los datos que se solicitarón en la boleta elaborada para el estudio (ver anexo 1), durante el periodo comprendido del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998.
 - Ordenar la información obtenida en la boleta de recolección de datos.
 - Análisis de la información obtenida.

8. PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO:

En base al tipo de estudio, se hará el análisis de la información obtenida de la boleta de recolección de datos através de estadística descriptiva en base a frecuencias para posteriormete presentar los resultados obtenidos.

9. RECURSOS:

1. Materiales:

- 1.1 Físicos
- 1.2 Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
- 1.3 Registro de pacientes
- 1.4 Boleta de recolección de datos
- 1.5 Biblioteca del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, USAC, APROFAM, INCAP, INCAN, Hospital Roosevelt
- 1.6 Computadora e impresora
- 1.7 Materiales de escritorio

CUADROS DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Tomada de la historia clínica, medida en años.	Numerica continua
HEMORRAGIA POST PARTO.	Pérdida hemática mayor de 1000 Ml. después del parto.	Según historia clínica de las pacientes con Atonia Uterina, Laceraciones, Retención placentaria, Coagulopatía, Rotura o Inversión Uterina y Acretismo placentario.	Numerica Continua.
MULTIPARIDAD.	Mujer que ha parido 5 o más veces.	Tomada de la historia clínica según número de partos.	Numerica.
CESAREA	Procedimiento quirurgico que se realiza para la atención del parto distocico.	Tomada de la historia clínica según antecedente de cesarea previa.	Observacional.
EMBARAZO MULTIPLE	Concepción de dos o más fetos.	Tomada de la historia clínica según número de productos.	Numerica.
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO.	Fase activa del trabajo de parto que dura más de 12 Hrs. En la múltipara y más de 20 Hrs. En la primípara.	Tomada de la historia clínica, según la duración en horas del trabajo de parto.	Numerica.
TRABAJO DE PARTO PRECIPITADO.	Actividad uterina exagerada que acelera la fase activa del trabajo de parto.	Tomado de la historia clínica, según la duración en horas del trabajo de parto.	Numerica.
ANESTESIA.	Ausencia de percepción inducida por fármacos.	Según historia clínica: general o epidural.	Observacional.

INDUCCION Y/O CONDUCCION.	Método que se utiliza para inducir o conducir el parto mediante la administración de fármacos	Según historia clínica inducción y/o conducción.	Observacional
PRESENTACION ANORMAL	Presentación, parte fetal que se antece de en el canal del parto y que es capaz de desencadenar trabajo de parto y se considera como anormal la presentación que no es cefálica.	Según historia clínica, presentación de cara, de hombros, de nalgas o podálica.	Observacional.
MUERTE.	Cese total de las funciones vitales del cuerpo humano.	Según historia clínica, paciente vivo o fallecido.	Observacional.

CUADRO No. 1

Distribución por edad y número de partos. Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo del 1 de Enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998

Numero de partos	EDAD (años)						TOTAL
	15 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 y +	
1 a 2	41 (19.6%)	34 (16.1%)	17 (8%)	5 (2.4%)	1 (0.5%)	---	98 (46.6%)
3 a 4	5 (2.4%)	12 (5.7%)	26 (12.4%)	8 (3.8%)	3 (1.4%)	2 (1%)	56 (26.6%)
5 y más	---	2 (1%)	7 (3.3%)	15 (7.1%)	19 (9%)	13 (6.1%)	56 (26.6%)
TOTAL	46 (22%)	48 (22.8%)	50 (23.8%)	28 (13.3%)	23 (11%)	15 (7.1%)	210 (100%)

FUENTE: Archivo Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

CUADRO No. 2

Distribución por causa y grupo etáreo. Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998

ETIOLOGÍA

EDAD	ATONIA UTERINA	LACERACIONES	RETENCIÓN PLACENTARIA	ROTURA UTERINA	ACRETISMO PLACENTARIO.	INVERSIÓN UTERINA	TOTAL
25-20	6 (2.86%)	14 (6.6%)	17 (8.09%)	3 (1.43%)	3 (1.43%)	3 (1.43%)	46 (21.9%)
21-25	4 (1.9%)	11 (5.24%)	13 (6.19%)	9 (4.28%)	7 (3.33%)	4 (1.90%)	48 (22.86%)
26-30	6 (2.86%)	6 (2.86%)	29 (13.81%)	3 (1.43%)	6 (2.86%)	---	50 (23.8%)
31-35	7 (1.32%)	5 (2.38%)	8 (3.81%)	1 (0.43%)	6 (2.86%)	1 (0.48%)	28 (13.33%)
36-40	9 (4.28%)	3 (1.43%)	2 (0.95%)	7 (3.33%)	2 (0.95%)	---	23 (10.95%)
41- +	5 (2.38%)	2 (0.95%)	3 (1.43%)	3 (1.43%)	2 (0.95%)	---	15 (7.14%)
TOTAL	37 (17.6%)	41 (19.5%)	72 (34.3%)	26 (12.4%)	26 (12.4%)	8 (3.8%)	210 (100%)

FUENTE: Archivo Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

CUADRO No. 3

Distribución de las pérdidas emáticas aproximadas según la etiología de la Hemorragia Post-Parto. Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998.

PERDIDAS HEMATICAS	RETENCIÓN PLACENTARIA	LACERACIONES	ATONIA UTERINA	ROTURA UTERINA	ACRETISMO PLACENTARIO	INVERSIÓN UTERINA	TOTAL
1000 a	37 (17.62%)	27 (12.8%)	15 (7.14%)	11 (5.24%)	20 (9.52%)	4 (1.9%)	114 (54.3%)
1200 a	24 (11.43%)	10 (4.76%)	10 (4.76%)	9 (4.28%)	4 (1.90%)	1 (0.48%)	58 (27.6%)
1401 y mas	11 (5.24%)	4 (1.9%)	12 (5.71%)	6 (2.86%)	2 (0.95%)	3 (1.43%)	38 (18.1%)
TOTAL	72 34.29%	41 19.5%	37 17.61%	26 12.38%	26 12.38%	8 3.81%	210 100%

FUENTE: Archivo Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

CUADRO No. 4

Distribución de la duración del embarazo en semanas en relación a la etiología de la hemorragia Post-Parto. Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo de 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998.

SEMANAS DE EMBARAZO	RETENCION PLACENTARIA	LACERACIONES	ATONIA UTERINA	ROTURA UTERINA	ACRETISMO PLACENTARIO	INVERSION UTERINA	TOTAL
DESCONOCIDA	40 (19.04%)	2 (0.96%)	6 (2.85%)	5 (2.38%)	3 (1.42%)	1 (0.47%)	57 27.14 %
35 - 36	7 (3.33%)	1 (0.48%)	5 (2.38%)	3 (1.42%)	6 (2.86%)	---	22 10.48 %
37 - 40	22 10.47%	37 16.66%	25 11.91%	17 (8.10%)	17 (8.09%)	7 (3.33%)	123 58.57 %
41 y más	1 (0.48%)	3 (1.42%)	3 (1.42%)	1 (0.48%)	---	---	8 3.80%
TOTAL	72 (34.28%)	41 (19.52%)	37 (17.62%)	26 (12.38%)	26 (12.38%)	8 (3.81%)	210 100%

FUENTE: Archivo Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

CUADRO No. 5

Distribución de los factores de riesgo por causa de la Hemorragia Post-Parto. Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998.

FACTOR DE RIESGO	ATONIA UTERINA	LACERACIONES	RETENCION PLACENTARIA	ROTURA UTERINA	ACRETISMO PLACENTARIO	INVERSION UTERINA	TOTAL
Parto por cesárea	21 (5.21%)	4 (1%)	5 (1.24%)	18 (4.47%)	19 (4.71%)	---	67 16.62%
Parto extra hospitalario	3 (0.74%)	4 (1%)	42 (10.42%)	6 (1.49%)	1 (0.25%)	1 (0.25%)	57 14.14%
Gran multi-Paridad	14 (3.47%)	4 (1%)	21 (5.21%)	10 (2.48%)	6 (1.49%)	1 (0.25%)	56 13.9%
Uso de Oxitocina *	12 (2.98%)	21 (5.21%)	8 (2%)	4 (1%)	2 (0.5%)	5 (1.24%)	52 12.9%
Anestesia Raquidea	12 (2.98%)	3 (0.74%)	4 (1%)	11 (2.72%)	16 (3.97%)	---	46 11.41%
Cesárea Previa	3 (0.74%)	---	5 (1.24%)	8 (2%)	10 (2.48%)	---	26 6.45%
Presentación Fetal anl.	3 (0.74%)	4 (1%)	9 (2.23%)	5 (1.24%)	2 (0.5%)	2 (0.5%)	25 6.2%
Anestesia General	9 (2.23%)	1 (0.25%)	1 (0.25%)	7 (1.74%)	3 (0.74%)	---	21 5.21%
Embarazo Multiple	2 (0.5%)	4 (1%)	2 (0.5%)	4 (1%)	---	---	12 2.98%
Uso de Forceps	---	7 (1.74%)	1 (0.25%)	---	---	1 (0.5%)	9 2.23%
Sin factor De riesgo	---	3 (0.74%)	5 (1.24%)	---	---	---	8 1.98%
Macrosomia Fetal	1 (0.25%)	4 (1%)	---	2 (0.5%)	---	---	7 1.74%
Uso de MgSO	4 (1%)	2 (0.5%)	1 (0.25%)	---	---	---	7 1.74%
Polihidramnios	---	2 (0.5%)	---	1 (0.25%)	1 (0.25%)	---	4 1%
Trabajo parto Precipitado	---	---	2 (0.5%)	---	---	2 (0.5%)	4 1%
Trabajo parto Prolongado	---	1 (0.25%)	---	---	1 (0.25%)	---	2 0.5%
TOTAL	84 20.84 %	64 15.88 %	106 26.3 %	76 18.86 %	61 15.14 %	12 2.98 %	403 100 %

FUENTE: Archivo Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
*Utilizada en la inducción o conducción del parto.

CUADRO No. 6

Distribución del tratamiento por causa de Hemorragia Post-Parto.
Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998.

TRATAMIENTO	ATONIA UTERINA	LACERACIONES	RETENCION PLACENTARIA	ROTURA UTERINA	ACRETISMO PLACENTARIO	INVERSION UTERINA	TOTAL
Oxitocina y Methergin	34 (8.5%)	19 (4.75%)	15 (3.75%)	19 (4.75%)	14 (3.5%)	8 (2%)	109 27.25%
Legrado Uterino	---	---	72 (18%)	---	22 (5.5%)	---	94 23.5%
Methergin	2 (0.5%)	22 (5.5%)	38 (9.5%)	5 (1.25%)	11 (2.75%)	---	78 19.5%
Sutura	---	41 10.25%	---	---	---	---	41 10.25%
Histerctomia	21 (5.25%)	---	---	12 (3%)	4 (1%)	---	37 9.25%
Lig. Arteria Uterina	5 (1.25%)	---	---	13 (3.25%)	---	---	18 4.5%
Masaje Uterino	9 (2.25%)	---	---	---	---	---	9 2.25%
Restitución Uterina	---	---	---	---	---	8 (2%)	8 2%
Empaque Uterino	4 (1%)	---	---	---	---	---	4 1%
Lig. Arteria Hipogastrica	1 (0.25%)	---	---	---	---	---	1 0.25%
Lig. Arteria Ovarica	1 (0.25%)	---	---	---	---	---	1 0.25%
TOTAL	77 19.25%	82 20.5%	125 31.25%	49 12.25%	51 12.75%	16 4%	400 100 %

FUENTE: Archivo Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

CUADRO No. 7.

Condición de la paciente al egreso según etiología de la Hemorragia Post-Parto. Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998.

ETIOLOGIA	VIVA	FALLECIDA	TOTAL
ATONIA UTERINA	37 (17 %)	---	37 (17 %)
LACERACIONES	41 (19 %)	---	41 (19 %)
RETENCIÓN PLACENTARIA	72 (34 %)	---	72 (34 %)
ROTURA UTERINA	26 (13 %)	---	26 (13 %)
ACRETISMO PLACENTARIO	26 (13 %)	---	26 (13 %)
INVERSION UTERINA	8 (4 %)	---	8 (4 %)
TOTAL	210 100 %	---	210 100 %

FUENTE: Archivo Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El presente trabajo incluyó un total de doscientas diez pacientes con diagnóstico al egreso de Hemorragia Post-Parto que fueron atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el período del uno de enero de mil novecientos noventa y cuatro al treinta y uno de diciembre de mil novecientos noventa y ocho, tomando en cuenta el número de casos podemos considerar que los resultados obtenidos reflejan el comportamiento de esta patología en nuestra población.

En el cuadro # 1 se observa que existe una alta paridad en mujeres jóvenes y que este grupo ocupa el mayor porcentaje de pacientes que presentaron hemorragia post-parto, lo cual contradice la literatura que describe que esta patología es más frecuente en mujeres adultas multiparas.

El cuadro # 2 nos describe las principales causas de hemorragia post-parto siendo la Retención Placentaria, Las laceraciones y la Atonia Uterina las cuales concuerdan con las descritas por Gilstrap (6), que en orden de frecuencia son la Atonia Uterina, las Laceraciones y la Retención Placentaria.

Se puede observar en el cuadro # 3, que existen pérdidas hemáticas considerables que rebasan los 1200 mililitros lo cual es de suma importancia ya que a mayores pérdidas mayor riesgo de fallo renal o paro cardiorespiratorio. Sin embargo es importante hacer notar que en nuestro medio es difícil poder estimarlas adecuadamente por múltiples factores entre los que se puede citar la falta de iniciativa de los cirujanos y anesthesiólogos para cuantificar las mismas.

En el cuadro # 4 se puede observar que la hemorragia post-parto fue más frecuente en las pacientes con embarazo a término y en las pacientes con tiempo de gestación desconocido que fueron atendidas extrahospitalariamente. Por lo que se puede determinar que a mayor edad gestacional y por ende mayor peso del producto, será más frecuente la hemorragia post-parto. Por otro lado las pacientes con parto extrahospitalario atendidas por comadronas adiestradas técnicamente continúan siendo un grupo de alto riesgo obstétrico ya sea por mala práctica en la atención del parto, referir tardamente a las pacientes a un centro hospitalario o por inadecuada educación en el control del embarazo por parte de la madre.

El cuadro # 5 determina los factores de riesgo más frecuentes siendo estos el parto por cesárea, el parto extrahospitalario, la gran multiparidad, el uso de oxitocina y la anestesia raquídea y otros menos frecuentes. Lo anterior corrobora la teoría que en la actualidad existe una alta tendencia a la atención del parto por cesárea con el consecuente uso de anestesia ya sea raquídea o general así como del uso excesivo de agentes uterotónicos para inducir o conducir el parto por parte del personal médico. Así como de la inadecuada educación de las madres acerca de la importancia del control prenatal y la atención del parto a nivel hospitalario. La gran multiparidad obedece a la tendencia del inicio de una vida sexual a temprana edad, por lo que se incrementa el número de mujeres jóvenes con un número de partos cada vez mayor, por lo que también se debe de prestar atención al tema de planificación familiar. Al analizar este cuadro se debe de tomar en cuenta que cada paciente presentó más de un factor de riesgo.

El cuadro # 6 demuestra los tratamientos brindados con mayor frecuencia, observando que el tratamiento farmacológico fue el más frecuente ya que su uso es casi imprescindible en el manejo de las distintas causas de hemorragia post-parto. Le sigue el legrado uterino brindado principalmente a las pacientes con Retención Placentaria la cual como ya se menciono anteriormente es la principal causa de hemorragia post-parto encontrada en el presente estudio, le sigue las suturas brindadas a las pacientes con Laceraciones que para fines de estudio sólo se incluyeron las de segundo a cuarto grado ya que en las de primer grado no existe una considerable pérdida hemática, luego la histerectomía utilizada principalmente en el manejo de las pacientes con Atonia Uterina. Es importante hacer notar que el tratamiento farmacológico fue utilizado en un gran porcentaje en asociación con otro tipo de tratamiento y que cada paciente recibió más de un tipo de tratamiento.

En el cuadro # 7 se observa a pesar de que la literatura describe que la hemorragia post-parto es una de las tres principales causas de muerte en obstetricia y causante de un 11 a un 13% de la mortalidad materna en el presente estudio no se reporto ninguna paciente fallecida por dicha causa, esto quizá se explique debido al hecho de que cuando en una paciente el pronóstico se deteriora considerablemente, generalmente son trasladadas a un centro hospitalario de primer nivel o porque las pacientes presentan otra complicación médica que amerite su traslado a otro servicio médico y porque se excluyó todos los expedientes incompletos.

IX. CONCLUSIONES.

- 1- Las causas más frecuentes de Hemorragia Post-Parto son Retención Restos Placentarios, Laceraciones y Atonia Uterina.
- 2- 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.
- 3- El grupo etáreo mayormente afectado por hemorragia post-parto es el de mujeres jóvenes principalmente entre 26 a 30 años.
- 4- Una cuarta parte de las pacientes recibió medicación pre-parto con oxitocina para inducir o conducir el parto.
- 5- Más de un tercio de las pacientes recibe tratamiento farmacológico post-parto.
- 6- No se demostró que la hemorragia post-parto sea causa de muerte materna en nuestro medio.

X. RECOMENDACIONES.

- 1- Educar a la población femenina adolescente por personal de salud acerca de la importancia de la no relación sexual a temprana edad, la utilización de métodos anticonceptivos y de la importancia del control prenatal y atención del parto a nivel hospitalario.
- 2- Reforzar los conocimientos y prácticas de las comadronas técnicamente adiestradas en la atención del parto.
- 3- Concientizar a las comadronas para el traslado inmediato a centros hospitalarios de las pacientes con Hemorragia Post-Parto.
- 4- Concientizar a los médicos externos, internos y residentes sobre el beneficio del uso adecuado de la oxitocina para inducir o conducir el parto así como las complicaciones que su mal uso pueda generar.

XI. RESUMEN.

El presente es un estudio retrospectivo-descriptivo encaminado a establecer los principales factores de riesgo de la Hemorragia Post-Parto por grupo etáreo así como determinar la conducta terapéutica pre y postparto, la identificación de las principales causas de Hemorragia Post-Parto y la determinación de la morbimortalidad por dicha patología, para establecer un diagnóstico adecuado y tratamiento inmediato. Por tal motivo, se revisaron los archivos del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el período del 1 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998, previo a ello se revisó los libros de egresos de labor y partos y de procedimientos quirúrgicos para obtener el número de registro de las pacientes que presentaron Hemorragia Post-Parto, encontrando 210 pacientes.

Los resultados demuestran que de 210 pacientes el 34% se debió a retención de restos placentarios, el 66% restante se debió a otras causas como laceraciones, atonía uterina, acretismo placentario e inversión uterina, distribuyéndose, principalmente en mujeres jóvenes entre 26 a 30 años y presentándose como principal factor de riesgo la atención del parto pos cesárea con un 14.7%. Se determinó que como medida terapéutica preparto se utiliza en un 11.43% la oxitocina para inducir o conducir el trabajo de parto y la conducta Post-Parto es el tratamiento farmacológico combinado con Oxitocina y Methergin en un 27.25%, y que el principal tratamiento quirúrgico brindado es el Legrado Uterino con un 23.5%.

La principal recomendación derivada del estudio es la de continuar educando a la población femenina adolescente ya que este grupo de pacientes es la que con mayor frecuencia queda embarazada y puede presentar esta patología.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Arias, Fernando. Obstetricia. 4ª. Edición. Ed. Interamericana 1,993. México D.F. pp.643-645
2. Benson, Pernoll. Manual de Obstericia y Ginecologia. 9ª. Edición. Ed. Interamericana 1,994. México D.F. pp.26-51,203,217,329,343.
3. Bruce, S.I.Paul RH. Control Of Postpartum Uterine Atoni By Intramyometrial Prostranglandin Obstet Gynecol. 1,982; 59:475-479
4. Clark S.L. Phelan J.P. Hipogastric Artery Ligatium For Obstetric Hemorrhage. Obstet Gynecol.1,985;66:353-356
5. Clark S.L. Uterine And Hypogastric Artery Ligatium. Cesarean Delibery. Elsevie. 1,988 pp.238-244
6. Gilstrap Larry C. Hemorragia postparto. En Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Volumen 4/1994 pp.763-767
7. Goodman y Jilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapeútica. 8ª Ed. Panamericana 1,991. México D.F pp. 594-613, 900-913, 918-923.
8. Guyton. Tratado de Fisiologia Médica. 7ª Edición. Ed. Interamericana 1,989. México 1,989 pp. 886,887,956-765
9. INT. J.Gynaecol Obst. 1,997 Jun 57 (3)315-603
Webs. Satlink.Com/Usuavios/o/Ogiva/.
10. Lazarowl. Uterine Atonia
Webs. Satlink.Com/Usuavios/o/Ogiva/.
11. Maier R.C. Control Of Postpartum Hemorrhage With Uterine Packing Am.J.Obstretician Gynecol.1993;169:317-323

12. Mondragón C. Hector. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ª Edición. Ed. Trillas. 1,990. México D.F. pp. 490- 521,624-655
13. Merck. Manual de Diagnóstico y terapéutica. 9ª. Edición. Ed. Océano/Centrum 1,997 Madrid, España. pp. 2002-2004, 2073-2075, 2110-2113.
14. Novak. Tratado de Ginecología 11ª Edición. Ed. Interamericana 1,991 México D.F. pp. 42-51, 333-348.
15. O'leary J.L. Uterine Artery Ligation For Control Of Postcesarean Section Hemorrhage. Obstet Gynecol.1,974;43;849-853.
16. O'leary J.A. Stop Ob Hemorrhage With Uterine Artery Ligation Contemp Ob/gyn. 1,986;28:13-16
17. Playfair WS: The Science and practice of midwifery Philadelphia, Lea Brothers 1898 p 454.
18. Quiroz Gutiérrez, Fernando. Anatomía Humana 26ava. Ed. Editorial Porrúa , 1985 México D.F pp. 307-341
19. Ralph M Wym. MD. Obstetrics and Gynecology 3ª. Edición. Ed. Lea y Febiger. 1,984 Philadelphia U.S.A pp. 137- 149
20. Sandberg, Eugene. Tratado de Obstetricia 7ª. Edición Ed. Mosby 1,981 San Luis, Toronto, Londres pp. 387- 398
21. Schaefer, Compendio Quirúrgico en Obstetricia y Ginecología
22. Shuartz, Ricardo L. Obstetricia 4ª Edición. Ed. El Ateneo. 1,986 Buenos Aires, Argentina pp. 603-623, 710-746, 533-538.
23. Sciara Gyneacology And Obstetrics. Volúmen II Cap. 80 Postpartum Hemorrhage. 1.994.
24. Sieber E.H. Kroon J.D. Morbidity in the Third-degree Laceración. Obstet. Ginecol. 1,962;19:677-686
25. William. Obstetricia. 4ª Edición. Ed. Masson 1,996 Barcelona España. pp. 603-610, 722-727, 807-835.
26. William E. Roberts. M.D. Tratamiento Obstétrico Urgente de la Hemorragia Postparto. En Ginecol y Obst Volúmen II 1,995 PP.265-280.