
Principales factores etiológicos de la hemorragia posparto inmediata

Main etiologic factors of the immediate postpartum hemorrhage

Marina Mafla Torres *
Milton Jaramillo Martínez **
Jhonson Suárez Veloz **

Resumen

Realizamos un **estudio** retrospectivo, observacional, descriptivo, y estadístico, cuyo **objetivo** fue dar a conocer cual es la causa etiológica más frecuente de la hemorragia posparto inmediata (HPPI); su prevalencia por año; la frecuencia según el grupo etáreo; de acuerdo a la paridad; conocer cuál es la media de edad de HPPI según la etiología, conocer el tipo de etiología según vía de finalización y paridad.

En el mes de marzo de 1998 de 196 partos ya sea por vía vaginal o abdominal se presentaron nueve casos de Hemorragia Posparto Inmediato (HPPI), de esta cantidad de pacientes tres recibieron transfusiones y cuatro permanecieron hospitalizados por más de cuatro días.

La HPPI mundialmente tiene una incidencia de 5-8%, sin embargo, el porcentaje de pacientes en países en vía de desarrollo es mucho mayor que en países desarrollados, por lo que se lo ha llegado a considerar como un problema serio de salud, para lo cual se han realizado muy pocas acciones encaminadas a disminuir este porcentaje.

Palabras claves: Hemorragia posparto inmediato (HPPI), puerperio inmediato, atonía uterina, inversión uterina, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

Summary

We conducted a retrospective, observational, descriptive, and statistical study whose objective was to let know which is the most frequent etiologic cause of the IPPH, its prevalence the frequency according to the age group, according to the parity, to find the median age of IPPH according to the etiology, to know the type of etiology according to the culmination manner and parity.

During the month of March of 1998 out of 196 births either by vaginal or abdominal way, nine cases of IPPH were shown, these patients received transfusions and four of them remained hospitalized for more than four days.

The IPPH has a worldwide incidence of 5-8%, however, the percentage of patients in undeveloped countries is greater than in advanced countries, because of this it has come to be considered as a serious problem of health, for which little actions have been taken to reduce this percentage.

Introducción

Las pérdidas sanguíneas dentro de las primeras 24 horas se ha definido como hemorragia posparto inmediato (HPPI) (1, 7, 6), en otras palabras: como el excesivo sangrado después del parto (mayor de 500ml en el parto vaginal y de casi 1000ml después de una cesárea), dicha hemorragia puede ocurrir antes, durante o después del alumbramiento (2, 9, 6).

Como los cálculos clínicos no son confiables, con una tendencia a subestimar la incidencia de HPPI

de 30-50% (2, 8, 12), muchos autores recomiendan hoy un esquema más objetivo como la disminución del hematócrito o la necesidad de transfusión (3, 10, 20).

La incidencia de HPPI es del 5 al 8% según la definición clásica, siendo la causa más común de pérdida excesiva de sangre en mujeres fértiles (4, 5, 6).

Existen diversos factores que predisponen a la HPPI (cuadro 1).

Cuadro 1

Factores de riesgo (6, 7, 9, 13)

1. Antecedente de HPPI
2. Anemia durante la labor
3. Multíparas
4. Utero sobredistendido, feto grande, gemelar, polihidramnios
5. Después de trabajo de parto prolongado
6. Después de un trabajo de parto muy rápido
7. Después de inducción o conducción del trabajo de parto con oxitocina
8. Parto vaginal después de una cesárea previa
9. Manipulación intrauterina
10. Anestesia general para el parto y parto con forceps
11. Coagulopatías
12. Preclampsia severa o eclampsia

Las causas de HPPI puede ser de origen genital y no genital, entre las primeras tenemos que a su vez pueden ser: uterinas y no uterinas (6, 18, 22, 19) (cuadro 2). Entre las no genitales tenemos por coagulopatías, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y otras (14, 16, 19, 21).

Cuadro 2

Causas de HPPI de origen genital (11,15, 17, 20)

Causas uterinas	Causas no uterinas
Atonía	Laceraciones de la porción inferior del aparato genital
Retención de placenta	Hematomas
Placentación anormal	
Laceraciones y rotura uterina	
Inversión del útero	

Materiales y métodos

Este estudio se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo (T.M.C.) de la ciudad de Guayaquil en un período que abarcó dos años, desde Enero de 1998 hasta Diciembre de 1999.

El universo lo constituyeron todas las mujeres en el puerperio inmediato; y corresponde a 4966 mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital T.M.C. y la muestra fue de 140 mujeres que presentaron HPPI.

Factores de inclusión: Fueron incluidas todas aquellas mujeres con datos de laboratorio (Hematócrito) que concordaron con HPPI, que contaron con un examen posparto y un examen control posparto.

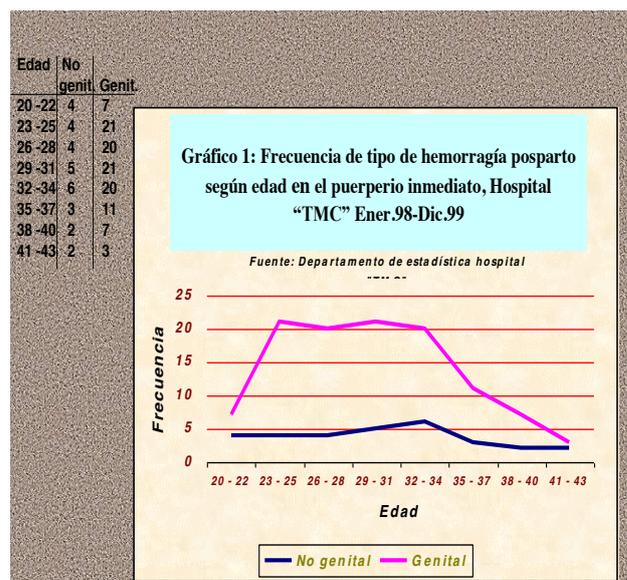
Factores de exclusión: Fueron excluidas aquellas mujeres en las que no se les practicó exámenes de laboratorio, ya sea antes del parto o después del parto y aquellas pacientes con anemia previa; también se excluyeron aquellas cuyos resultados de los exámenes de laboratorio resultaron con datos presuntamente equívocos o no concordantes.

Resultados

Luego de haber revisado la evolución del puerperio inmediato de todas las pacientes que entraron al estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

1. La prevalencia de la HPPI durante los años 1998 y 1999 fue de 0.029 por cada 1000 partos.
2. De los 140 casos de HPPI las causas genitales fueron (79.29%) 111 casos y las no genitales que fueron el (20.71%) 29 casos.
3. La prevalencia de HPPI tiene un incremento a los 24 años y de 30 a 33 años, con una línea de tendencia que declina conforme avanza la edad (gráfico 1).

Gráfico 1



4. Del total de los casos, 53 fueron múltiparas (37.86%), 48 primíparas (34.28%) y 39 secundíparas (27.87%).
5. El parto vaginal ocasionó 72 casos (51.43%) y la cesárea 68 casos (48.57%).
6. De las HPPI de causa genital se encontró que el (30.71%) 43 casos correspondieron a la atonía uterina, (22.14%) 31 a laceración, (23.57%) 33 a restos placentarios y (2.9%) 4 a placentación anormal (tabla 1).

Tabla 1: Frecuencia de hemorragia posparto inmediato según etiología, hospital "TMC" ene 98 - dic 99

	<i>Etiología</i>	<i>Frecuencia</i>
Causas genitales	Atonía uterina	43
	Laceración	31
	Placentación anormal	4
	Restos placentarios	33
Causas no genitales	Coagulopatías	4
	EHIE*	17
	Otros	8
	Total	140

Fuente: Departamento de estadística hospital "TMC"

*EHIE= Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo

7. De las de origen no genital (2.9%) 4 casos fueron de coagulopatías, (12.14%) 17 de EHIE y (5.7%) 8 por otras causas (ver tabla 1).
8. La edad media correspondió a: atonía uterina 31 años, laceración 28, placentación anormal 36, restos placentarios 29 años, coagulopatías 31, EHIE 31, otros 29 años.

Discusión

La tendencia actual de no aplicar de forma absoluta cifras externas de valores estadísticos ha llevado a los investigadores de todo el mundo a hacer uso de la estadística médica para hacer un análisis de sus propias condiciones de salud.

En el presente trabajo observamos que las causas genitales de HPPI tuvieron mayor frecuencia que las no genitales, cifras que concuerdan con los datos provenientes del exterior. De la misma manera los datos correspondientes en cuanto a la

relación de HPPI con la vía de finalización del embarazo y paridad tampoco fueron discordantes, habiendo un predominio de HPPI en aquellas pacientes cuyo parto a término fue por vía vaginal y en las múltiparas.

Finalmente acotamos que la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo debido a la cantidad de pacientes fue incluida como un categoría exclusiva, sin embargo en la paridad no se relaciona con lo que se enuncia en la literatura médica ya que hubo una mayor frecuencia en las secundíparas, cuando lo que se esperaba es una mayor frecuencia en las primíparas o múltiparas.

Conclusiones

Al concluir el análisis de este trabajo estadístico realizado en el área de obstetricia del Hospital T.M.C., se determinó que las causas genitales son las que con mayor frecuencia ocasionan hemorragia posparto en las parturientas durante el puerperio inmediato.

- Que dentro de las causas genitales, la atonía uterina fue la de mayor prevalencia.
- Que la HPPI fue más frecuente en las múltiparas.
- Que la HPPI fue más frecuente en el parto vaginal.

Recomendaciones

La realización de un estudio de tipo transversal-prospectivo utilizando los mismos parámetros seguidos en este trabajo, en cuanto a consideración de HPPI para valorar riesgo relativo y ocurrencia relativa.

La elaboración de un protocolo de valoración posparto inmediato para unificar criterios en cuanto a signos y síntomas, marcadores de pérdidas sanguíneas posparto para no realizar sobrevaloración o subvaloración de pacientes con posible HPPI.

Realizar un estudio de cohorte para establecer la relación entre el valor del hematócrito, la presencia de signos y síntomas de HPPI y anemia.

La normatización de algoritmos de intervención médica frente a HPPI.

Referencias bibliográficas

1. Argüelles E, Prieto A, et al: Período del alumbramiento. Problemas relacionados con alteraciones en la adherencia placentaria. Clin Invest Gin Obstet 22 (6): 255-258, 1995
2. Bakar A: Una estrategia para reducir la mortalidad materna. Boletín de la organización mundial de la salud, 1: 204-205, 1999
3. Bellart J, Cabero LI: Hemorragias del parto y el alumbramiento en: Cabero LI: Riesgo elevado obstétrico. 1ª ed, Ed Masson SA, Barcelona - España 537-545, 1996
4. Cabrera M, Sosa B, et al: Causas de mortalidad materna en el departamento de Gineco -obstetricia del Hospital Dr. Luis E. Aybar, 1990-1995. Acta Médica Dominicana, República Dominicana 18 (1): 1-5, 1996
5. Carrera J, Gorina N, et al: Hemorragia feto -materna masiva. Clin Invest Gin Obst 27 (1): 26-29, 2000
6. Craigo S, Peter S, et al: Postpartum hemorrhage & the abnormal puerperium. In: Obstetric & Gynecologic: Diagnosis & Treatment. 8ª ed, Lange Medical Book, Connecticut -USA 574-582, 1994
7. Cunningham, Mc Donald, et al: Williams & Obstetricia. Anomalías del tercer período del parto. 4ª ed, Ed Masson, Barcelona - España 603-612, 1996
8. Chiwuzie J, Okolocha Ch, et al: Aspectos socioculturales de la hemorragia en el embarazo. Foro mundial de la salud 18: 206-210, 1997
9. Drife J: Management of primary postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecology 104: 275-277, 1997
10. Druelinger L: Urgencias del posparto. Clin Med Urgencias de Norteamérica 1: 219-226, 1994
11. Escudero A, Rodríguez-Vega E: Rotura uterina sin cicatriz previa. Clin Invest Gin Obstet 25 (7): 249-252, 1998
12. Espinós J, Bergos C, et al: Caso N° 185. Placenta Accreta Clin Invest Gin Obst 18 (10): 62-64, 1991
13. Gilstrap L, Ramin S: Hemorragia posparto. Clin Obstet Ginecológicas 4: 763-768, 1994
14. Keogh J, Tsokos N: Aortic Compression in Massive Postpartum Haemorrhage-An old but lifesaving technique. The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, Sidney 37 (2): 237-238, 1997
15. Knuppel R, et al: Hipotensión aguda relacionada con hemorragia. Clínicas de Ginecología y Obstetricia: Temas actuales 1: 105-119, 1995
16. Marcovici J, Scoccia B: Postpartum Hemorrhage and intrauterine balloon tamponade. J Reproductive Medicine 44 (2): 122-126, 1999
17. Oyarzun E, et al: Alto riesgo obstétrico. Metrorragia posparto. 1ª ed, Ed HTLM, Santiago - Chile 1-4, 1998
18. Palacios J, Martínez M: Tratamiento electromecánico de la atonía uterina-balón hemostático intrauterino MMP. Rev Chil Obstet Ginecol, Santiago de Chile 64 (2): 133-135, 1999
19. Ripley D: Urgencias uterinas. Clin Ginecología y Obstetricia: Temas actuales 3: 425-437, 1999
20. Roberts W: Tratamiento obstétrico urgente de la hemorragia posparto. Clin Ginecológicas y Obstétricas. Temas actuales 2: 265-281, 1995
21. Schwarcz R, Duverges C, et al: Parto patológico, Obstetricia. 5ª ed, Ed El Ateneo, Buenos Aires 523-542, 1995
22. Vedantham S, Goodwin S, et al: Uterine artery embolisation: An underused method of controlling pelvic hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 176 (4): 938-948, 1997

Dr. Milton Jaramillo Martínez
Teléfonos: 593-04-2272233-2241268

