UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO ADECUADO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y PRINCIPALES COMPLICACIONES

ACURIO JINES JENIFER CAROLINA
MÉDICA

MACHALA
2017

UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO ADECUADO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y PRINCIPALES COMPLICACIONES

ACURIO JINES JENIFER CAROLINA
MÉDICA

MACHALA
2017

UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

MANEJO ADECUADO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y PRINCIPALES COMPLICACIONES

ACURIO JINES JENIFER CAROLINA
MÉDICA

AGUDO GONZABAY BRIGIDA MARITZA

MACHALA, 22 DE NOVIEMBRE DE 2017

MACHALA
22 de noviembre de 2017

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado MANEJO ADECUADO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y PRINCIPALES COMPLICACIONES, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

AGUDO GONZABAY BRIGIDA MARITZA
0908356942
TUTOR - ESPECIALISTA 1

CHILIQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC
0910156033
ESPECIALISTA 2

ARCINIEGA JACOME LUIS ALFONSO
1000723096
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 20 de noviembre de 2017 18:56

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: HEMORRAGIA POST PARTO ACURIO JINES.docx (D32226431)
Submitted: 11/8/2017 9:43:00 PM
Submitted By: jacurio_est@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

hemorragia-final-.docx (D25329267)

Instances where selected sources appear:

1

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, ACURIO JINES JENIFER CAROLINA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado MANEJO ADECUADO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y PRINCIPALES COMPLICACIONES, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 22 de noviembre de 2017

ACURIO JINES JENIFER CAROLINA
0921149431

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación va dedicado de manera primordial a Dios que me brinda sabiduría y me llena de valor en los momentos difíciles.

A mi padre Galo Acurio Ulloa, que ha sido mi pilar y mi motivación cada día, mi motor para superarme en cada obstáculo y mis ganas de seguir adelante sin importar los retos. Este triunfo es también tuyo porque sin los buenos consejos que dejastes en mí, me ayudaron a tomar las decisiones correctas y no hubiera sido capaz de alcanzar este sueño, aunque ya no estés físicamente siempre estarás en mi corazón.

A mi madre Esperanza Jines Bustamante por su amor de madre y su sonrisa que ilumina cada paso que doy, su bendición siempre me acompaña y me protege donde quiera que me encuentro, porque tu esfuerzo ha hecho que no me falte nada.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por ser la luz que guía mis pasos, por sus bendiciones durante mi formación y sobre todo por regalarme sabiduría y fuerza para cumplir mis objetivos.

A mi mamá Esperanza Jines Bustamante que ha sido mi ángel terrenal, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, agradezco por toda su paciencia, consejos y fuerza de voluntad en aquellos momentos de debilidad.

Mis hermanas Olga y Ayline gracias por todo el apoyo incondicional.

A mi querido esposo que padeció conmigo las dificultades y triunfos alcanzados durante la carrera.

A mi hijo Galito Pontón porque ha sido el motor en mi vida, y por quien lucho día a día.

Agradezco a mi tutora Dra. Brigida Maritza Agudo Gonzabay por su completo apoyo y paciencia, por su valioso tiempo a la revisión y crítica de los documentos generados durante el desarrollo de este proyecto.

RESUMEN

Introducción: La hemorragia postparto (HPP) es el sangrado que ocurre luego de finalizado el parto hasta las 6 semanas y que puede poner en riesgo la vida de la paciente, considerándose a nivel mundial como un serio problema ya que dentro de los países pobres o en vías de desarrollo es la principal causa de mortalidad materna dentro de las primeras 24 horas inmediatas al parto. En el mundo cada año ocurren más de 500000 muertes maternas y el 7% de las muertes debidas a algún problema obstétrico sea embarazo, parto o puerperio, ocurren en América Latina. La atonía uterina es la principal causa de HPP. En nuestro país ocurre una muerte materna por cada 100000 nacimientos, la hemorragia posparto ocupa la segunda causa de muerte materna.

Objetivo: Establecer el manejo adecuado y las principales complicaciones de la hemorragia postparto a través de la revisión de artículos científicos de impacto con la finalidad de facilitar información actualizada a los profesionales de la salud, especialmente a aquellos que laboran dentro del área de Ginecología y Obstetricia.

Metodología: Primeramente, localizamos los buscadores científicos como Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Cochrane, entre otros; luego, buscamos artículos científicos aleatorizados, randomizados entre otros que se encuentren indexados a revistas científicas de impacto categorizados dentro de los cuartiles 2 y 3; finalmente se estableció el periodo de tiempo de publicación desde el año 2013 al 2017.

Conclusión: El reconocimiento de sus múltiples causas es fundamental para decidir sobre el manejo adecuado de esta entidad nosológica y para la preservación de la vida.

Palabras claves: hemorragia post parto, atonía uterina, oxitocina, misoprostol, ácido tranexámico.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum hemorrhage (PPH) is the bleeding that occurs after the end of the birth until 6 weeks and that can endanger the life of the patient, considering globally as a serious problem because within the poor countries or in ways of development Ollo is the leading cause of maternal mortality within the first 24 hours of delivery. In the world, more than 500000 maternal deaths occur every year and 7% of deaths due to obstetric problems. In the world, more than 500000 maternal deaths occur every year and 7% of deaths due to obstetric problems are pregnancy, childbirth, or postpartum, occurring in Latin America. Uterine slack is the main cause of PPH. In our country a maternal death occurs for every 100000 births, postpartum hemorrhage occupies the second cause of maternal death.

Objective: To establish the proper management and major complications of postpartum haemorrhage through the review of scientific impact articles in order to provide up-to-date information to health professionals, especially Those who work in the area of gynecology and obstetrics.

Methodology: We first locate scientific search engines such as Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Cochrane, among others; Then, we search for randomized scientific articles, randomized among others that are indexed to scientific impact journals categorized within Quartiles 2 and 3; Finally, the period of publication time was established from the year 2013 to 2017.

Conclusion: the recognition of its multiple causes is essential to decide on the proper management of this nosological entity and for the preservation of life.

Key words: Post-partum hemorrhage, uterine lethargy, oxytocin, misoprostol, tranexamic acid.

CONTENIDO

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
RESÚMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN……... 6
DESARROLLO……... 9
CONCLUSIONES……. 15
RECOMENDACIONES…….17
BIBLIOGRAFÍA ……....18

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto (HPP) es el sangrado que ocurre luego de finalizado el parto hasta las 6 semanas subsiguientes y que puede poner en riesgo la vida de la paciente, considerándose a nivel mundial como un serio problema ya que dentro de los países pobres o en vías de desarrollo es la principal causa de mortalidad materna dentro de las primeras 24 horas inmediatas al parto y que se pueden evitar(1).

Se conoce que en el mundo cada año ocurren más de 500000 muertes maternas y el 7% de las muertes debidas a algún problema obstétrico sea embarazo, parto o puerperio, ocurren en América Latina, siendo la atonía uterina la principal causa de HPP, además se habla que anualmente son los causantes del 36% de histerectomías obstétricas realizadas(2). En nuestro país ocurre una muerte materna por cada 100000 nacimientos, la hemorragia posparto ocupa la segunda causa de muerte materna y en su gran mayoría debida a atonía uterina, la misma que dio como saldo más del 72% de todas las muertes maternas (3).

El Gobierno ecuatoriano por medio del Ministerio de Salud Pública ha generado una Guía protocolar para la práctica clínica, diagnóstico y manejo de esta patología centrando interés en la prevención de la misma, manifestando el valor del manejo activo durante el tercer periodo del trabajo de parto.

Por tal motivo nuestro objetivo de estudio sería establecer el manejo adecuado y las principales complicaciones de la hemorragia postparto a través de la revisión de artículos científicos de impacto con la finalidad de facilitar información actualizada a los profesionales de la salud, especialmente a aquellos que laboran dentro del área de Ginecología y Obstetricia.

Debido a que la HPP se presenta generalmente en multíparas y en menor medida en nulíparas, la aplicabilidad y alcance de este estudio está enfocado en el reconocimiento de esta patología en todas las pacientes que acudan a los diferentes niveles de salud y al manejo adecuado por parte de los profesionales del área ginecoobstétrico.

Este trabajo se plantea la como finalidad ofrecer a la comunidad la aplicación de recomendaciones para el manejo adecuado del tercer periodo del trabajo de parto mediante el análisis de artículos científicos actualizados de los últimos años para el reconocimiento de la hemorragia post parto.

La importancia radica en los buenos resultados que existen en el manejo de la hemorragia post parto luego de someter a entrenamiento a los profesionales de salud involucrados directamente en el trabajo de parto y puerperio, dichos resultados se reflejan en la disminución de las tasas de transfusión sanguínea en pacientes con hemorragia post parto(4).

La metodología de este trabajo empezó con la localización de buscadores científicos como Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Cochrane, entre otros; en segundo lugar, buscamos fundamentalmente los artículos científicos aleatorizados y randomizados que se encuentren indexados a revistas científicas de impacto categorizados dentro de los cuartiles 2 y 3. Además de lo antes dicho también establecimos un periodo de tiempo de publicación de los documentos que comprendía desde el año 2013 al 2017.

Durante la búsqueda de la información y la realización de este trabajo surgieron limitaciones al presentarse estudios que no permiten el acceso libre a ellos y algunos otros que tuve cuando realice las traducciones de documentos que se encontraban en otros idiomas ajenos al español e inglés.

DESARROLLO

La definición de Hemorragia Postparto (HPP) se define como la pérdida de sangre mayor a 500 ml en parto por vía eutócico o vaginal y mayor a 1.000 ml en partos por cesárea, la medición del volumen de sangre perdido no es exacto en dichos procedimientos ya que en general se tiende a subestimar, por ende una mejor definición seria a aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente(1).

Esta patología está considerada como una de las principales causas de muerte materna convirtiéndose en una emergencia obstétrica llegando a ocupar salas de cuidados intensivos generalmente durante el puerperio inmediato.

La OMS calcula que cada año 529 000 mujeres mueren en el mundo a causa del embarazo, parto o puerperio y de estas, el 7 % de las muertes (35.000) ocurre en América Latina y 166 000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25 % del total de las muertes maternas(2).

En el último censo realizado por el INEC en el 2014 se registraron 166 muertes maternas por causa obstétrica, de las cuales el 72,89% fueron únicamente debidas a hemorragias postparto inmediatas y tan solo el 1,78% ocurrieron en el puerperio tardío, así también estima que en ese año sucede una muerte materna por cada 100000 nacimientos, además delimita el dominio en la región Costa, principalmente en Guayas con 38 y Manabí con 21 muertes maternas(3).

El interés de entidades gubernamentales e internacionales por la reducción de la morbimortalidad es tal, que siempre están realizando guías y consensos para tratar de reducir estas cifras elevadas.

La hemorragia post parto se la puede clasificar de acuerdo al tiempo en el que se presenta, y pueden ser las siguientes:

Primaria. Es la hemorragia de presentación inmediatamente en las primeras 24 horas luego del parto, y cerca del 70% es producto de la incapacidad del útero para contraerse luego de expulsado el producto, conocido como atonía uterina(5).

Secundaria. Es la hemorragia que ocurre entre las 24 horas y 6 semanas luego de ocurrido el parto y es de etiología variable como infecciones, restos del producto o de productos de la concepción e incluso por ambas causas(5).

Los factores de riesgo para esa patología son importantes conocerlas para estar preparado ante la sospecha o presentación de los mismos y poder utilizar las herramientas diagnósticas disponibles, llegar al diagnóstico según la etiología y resolver con el tratamiento adecuado que nos evite exponer la vida de la paciente y su producto en caso de que se produzca una hemorragia.

Los factores de riesgo de hemorragia post parto: Cicatrices uterinas previas, gestación en mujeres mayores de 35 años, polihidramnios, embarazos múltiples, multiparidad, malnutrición, anemia, legrados uterinos previos, tabaquismo y consumo de drogas, miomas uterinos, síndromes hipertensivos en el embarazo, traumatismos abdominales, hemorragias en embarazos anteriores, trabajo de parto prolongado, y otras patologías crónicas que presente la madre(1).

En un estudio de cohorte descriptivo retrospectivo en un hospital gubernamental de Zimbabwe concluye que la cuarta parte de las mujeres no tenía un factor de riesgo identificable para desarrollar HPP, pero finalmente se determinó que el factor de riesgo más predominante en las pacientes para presentar HPP primaria fue la hipertensión inducida por el embarazo y luego estaba aquella que se produce en un trabajo prolongado de parto(6).

En un estudio canadiense de 1064 casos de HPP grave y 2059 controles aleatorios sin HPP grave, agrupan las diferentes causas acordes a cuatro parámetros para facilitar su estudio que son:

Tono. Las patologías relacionadas con este parámetro fueron de 63%, obteniendo como resultado que la causa más común fue la atonía uterina con 60,4%, desprendimiento de placenta con 2.2% e inversión uterina con 0.5%(7).

Tejido. Con el 35.7%, la principal causa de este grupo es la retención placentaria (19.8%), tejido placentario retenido (11.4%) y placenta anormal como acreta – increta – percreta (4.4%)(7).

Trauma. 17.8% de los casos, traumatismo del canal de parto (10.7%), traumatismo quirúrgico durante el parto por cesárea (5.9%) y ruptura uterina (1.1%)(7).

Trombina. Las causas fueron coagulación intravascular diseminada y desordenes de coagulación preexistentes con 0.8% cada una (7).

Gráfico 1. Diagnóstico diferencial de sangrado vaginal post parto

Manifestaciones iniciales	Signos y síntomas	Diagnostico presuntivo	Frecuencia, etiología
HPP inmediata	Útero blando y no retraído Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	70% Atonía uterina, anomalías de la contractibilidad
HPP inmediata	Placenta íntegra Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné	20% Trauma
No se palpa FU. Dolor intenso	Inversión uterina visible en la vulva o HPP inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura HPP inmediata (sangrado intraabdominal y o vaginal)	Abdomen doloroso Shock Taquicardia No se expulsa la placenta	Rotura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de 30 minutos después del parto	Útero contraído	Retención de placenta	10% Tejido Retención de productos de la gestación
Falta una porción de la superficie de la placenta o hay desgarros de membranas	HPP inmediata Útero retraído	Retención de restos placentarios	

Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto **Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto**	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia	Retención de restos placentarios	
HPP, hemorragia post parto; FU, fondo uterino Tomado de: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto**			

En Irak se realizó un estudio transversal en el que identificaron que la preeclampsia severa y la HPP son las complicaciones con mayor proporción en mujeres con una mortalidad potencialmente elevada de por arriba del 30%, indicando que la ruptura uterina y complicaciones graves de la placenta previa comprenden los índices más altos de mortalidad y que estas tenían factores asociados como disfunción hepática y múltiples trastornos no especificados (p=0.003), llegada a emergencia en ambulancia (p=0.015), antecedente de cesárea previa (p=0.13)(8).

En un estudio observacional, analítico de corte transversal en 2523 mujeres, aplicaron manejo activo del alumbramiento vs expectante obteniendo como resultado que la necesidad de transfusión sanguínea fue de 0.8 vs 1.8 (p:0.025), menor duración del alumbramiento de 0.3% vs 1.2% (p=0.04), necesidad de histerectomía y UCI 0% vs 0.35% (p=0.03), además el tiempo de estadía hospitalaria puerperal fue mayor en el grupo de mujeres bajo manejo expectante alumbramiento 0.7% vs 0.4% (p=0.04)(2). Estos datos se relacionan y son similares con los resultados que se dieron en un análisis sistemático de artículos randomizados y cuasi randomizados: con el manejo activo hubo una reducción del riesgo de hemorragia primaria (IC de 95%), hemoglobina < de 9g/dL después del nacimiento (IC 95%).

La episiotomía selectiva ha demostrado ser una herramienta fundamental para disminuir complicaciones en el trabajo de parto. Esto se demostró en una revisión actualizada en el que la episiotomía selectiva disminuye el 30% de traumatismo perineal y/o vaginal grave (IC

95%), pero no se pudo determinar si había diferencia en el volumen de sangrado al momento del parto(9).

Oxitocina disminuyó la incidencia de HPP IC 95%, así como también las tasas de derivación a centros de salud de mejor nivel, esto se determinó en un ensayo aleatorizado publicado en el 2016 en el que administraron 10UI de oxitocina en el muslo, un minuto después de la salida del producto, en 20404 mujeres de distritos rurales de Gana(10).

En Taiwán realizaron un estudio observacional, en el que participaron 64 mujeres con embarazo gemelar inducido mediante fertilización in vitro con transferencia de embriones, a 25 mujeres le administraron una dosis intravenosa de 100mg y a 39 mujeres le administraron una infusión de 10 UI de oxitocina en 500ml de solución salina (ClNa al 0.9%) (125ml/h) para 24 horas; los resultados fueron favorables a la carbetocina en cuanto al sangrado durante la cesárea 871 ± 305 vs 922.8 ± 430ml (p=0.06)(11).

El ácido tranexámico es eficaz para reducir la incidencia de pérdida de sangre mayor a 1000ml en mujeres sometidas a cesárea segmentaria pero no por parto vaginal, además presenta una pérdida de sangre desde el nacimiento hasta las dos horas posteriores de -97.95 a -57.64 con valores similares tanto en parto vaginal como en cesárea segmentaria (IC 95%)(12).

En un estudio compararon la eficacia de taponamiento uterino más misoprostol (grupo1) vs misoprostol (grupo 2) solo en pacientes con HPP no controlada, demostraron que el grupo 1 de mueres solo perdieron más de 1000ml (IC 95% p=0.001), necesidad de transfusión sanguínea antes del alta médica de 1.49 unidades (IC 95% p= 0.170.) además la tasa de letalidad fue mayor en el grupo 2 de paciente con 10% vs 2% (p=0.059), cabe recalcar que el misoprostol fue administrado vía sublingual 600ug o vía rectal 1000ug(13).

La tracción del cordón umbilical no ha mostrado un efecto significativo en el manejo de la expulsión de la placenta en cuanto la incidencia de HPP (IC de 95%)(14).

La relación de transfusión de ser necesaria, debe ser de plasma fresco congelado (PFC)/Concentrado de glóbulos rojos (CGR)/concentrado de plaquetas (CP) de 1/0.7/0.6 antes de pasar las primeras 24 horas luego de haber sido diagnosticado, ya que es vital la

reposición de la sangre y perfusión tisular, así como la corrección de la dilución y o coagulopatía que complican la hemorragia obstétrica(15). Además se conoce que no existen consensos sobre el uso de los componentes de transfusión en HPP, pero la medicina transfusional ha apuntado la utilización de CGR y PFC en una proporción de 1:1 y 1:2(16).

Embolización de las arterias uterinas es un método que se estudió en un trabajo retrospectivo en el que se utilizó mujeres sometidas a legrados asociados a embarazo ectópico, retención placentaria y por sospecha trofoblástica gestacional, finalización del embarazo por placenta previa, para el uso profiláctico de hemorragias masivas y tan solo utilizaron una paciente con sangrado post parto a término, determinando que durante el seguimiento de las pacientes se recuperaron completamente y tan solo una presentó un aborto(17).

En un estudio de cohorte retrospectivo compararon el uso de cirugía conservadora del útero (UPS) vs histerectomía para la HPP en un país de África subsahariana, las UPS fueron ligaduras arteriales hipogástricas bilaterales, histerorrafias, ligaduras bilaterales de la arteria uterina, suturas de Linch y triple sutura de Tsirulnikov, y se asociaron con mayor mortalidad materna de 29% vs 5.6% (IC del 95%: p: 0,0015) e infecciones postoperatorias (IC del 95% p: 0,0215), mientras que los tipos de histerectomía fueron: subtotales y totales sin presentar resultados adversos significativos(18).

CONCLUSIONES

Luego de ocurrido el trabajo de parto la complicación más frecuente es la hemorragia postparto, por lo tanto, el reconocimiento de sus múltiples causas es fundamental para decidir sobre el manejo adecuado de esta entidad nosológica y para la preservación de la vida. El criterio clínico para la decisión es importante y debe ser personalizada ante las características de las pacientes.

El manejo activo del trabajo del alumbramiento debe primar por sobre el manejo expectante, se comprobó que ayuda a reducir la necesidad de trasfusiones, menor tiempo del procedimiento y reduce la necesidad de histerectomía, aunque en dicho estudio no demostró una diferencia significativa.

El uso de episiotomía media lateral selectiva es ideal para prevenir otras complicaciones como traumatismos graves perineales y/o vaginales, a pesar de no demostrar una diferencia relevante en cuanto a la pérdida sanguínea.

Está comprobado que la utilización profiláctica de 10 UI de oxitocina IM en el primer minuto después del nacimiento ayuda a reducir el riesgo de hemorragia post parto. Una alternativa de la oxitocina puede ser la administración previa de carbetocina 100 mg en infusión de ClNa al 0.9% en 24 horas, sobre todo en pacientes que van a ser sometidas a cesárea segmentaria. El ácido tranexámico también disminuyó la incidencia de pérdida sanguínea hasta dos horas después del nacimiento tanto en parto vaginal como en cesárea segmentaria.

El misoprostol junto con taponamiento uterino como el uso solo de misoprostol serían una buena alternativa en el manejo de pacientes con HPP no controlada, sobre todo en países de

bajos recursos, o en las áreas de salud rural en el que no se disponen de los recursos necesarios para un buen manejo. Esta alternativa nos ayudaría a mantener a la paciente mientras se las traslada a otro centro de mayor complejidad sanitaria, el uso del misoprostol junto con el taponamiento uterino demostró mayor letalidad que el uso de misoprostol solo, la misma que se atribuyó a la demora de la colación del balón para el taponamiento uterino.

La transfusión sanguínea dentro de las pacientes con hemorragias obstétricas es un terreno muy poco estudiado y no se cuenta con la evidencia científica o consensos que determine la utilización de los componentes de transfusión en HPP. La medicina transfusional ha determinado que la proporción de transfusión de CGR y PFC debe ser de 1:1 y 1:2 respectivamente.

El uso profiláctico de embolización de las arterias uterinas demostró buenos resultados en cuanto a la recuperación de las pacientes que fueron sometidas. El problema radica en que el estudio se realizó sobre múltiples causas de hemorragia obstétrica y no solo a HPP.

RECOMENDACIONES

Una recomendación muy relacionada con el presente trabajo sería la implementación de protocolos que sirvan para la utilización de los componentes de transfusión, que nos den pautas del uso correcto ajustándose a las características de cada paciente. Para ello deberían trabajar mancomunadamente el Departamento de Medicina Transfusional y Ginecólogos.

Se recomienda realizar un estudio retrospectivo sobre las pacientes que acuden para la atención del trabajo de parto al Hospital Teófilo Dávila con la finalidad de obtener información más acercada a la realidad de la problemática de nuestro medio y poder así emplear de mejor manera protocolos y recomendaciones médicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014;25(6):993–1003. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014706492

2. Segura Fernández A, Guerra Pérez V, León Cid I, Rodríguez Iglesias G, Arpa Gámez ÁMC. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2013;42(3):258–67. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v42n3/mil02313.pdf

3. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo I. Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 2014. Anu Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 2014. 2014;53(9):1689–99.

4. Egenberg S, Masenga G, Bru LE, Eggebø TM, Mushi C, Massay D, et al. Impact of multi-professional, scenario-based training on postpartum hemorrhage in Tanzania: a quasi-experimental, pre- vs. post-intervention study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017;17(1):287. Available from: http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1478-2

5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto (GPC). Vol. 53, Guía de Práctica Clíncia. 2013. 1689-1699 p.

6. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage : incidence , risk factors , and outcomes in a low-resource setting. Int J Women's Heal. 2016;647–50.

7. Nyfløt LT, Sandven I, Stray-Pedersen B, Pettersen S, Al-Zirqi I, Rosenberg M, et al. Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017;17(1):17. Available from:

http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1217-0

8. Akrawi VS, Al-Hadithi TS, Al-Tawil NG. Major Determinants of Maternal Near-Miss and Mortality at the Maternity Teaching Hospital, Erbil city, Iraq. Oman Med J [Internet]. 2017;32(5):386–95. Available from: http://omjournal.org/articleDetails.aspx?coType=1&aId=2036

9. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1).

10. Pantoja T, Abalos E, Chapman E, Vera C, Serrano VP. Oxytocin for preventing postpartum haemorrhage (PPH) in non-facility birth settings. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(4).

11. Seow KM, Chen KH, Wang PH, Lin YH, Hwang JL. Carbetocin versus oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage in infertile women with twin pregnancy undergoing elective cesarean delivery. Taiwan J Obstet Gynecol [Internet]. 2017;56(3):273–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2017.04.001

12. Novikova N, Hofmeyr G. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015;(6):2010–2. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007872.pub2/pdf/standard

13. Dumont A, Bodin C, Hounkpatin B, Popowski T, Traoré M, Perrin R, et al. Uterine balloon tamponade as an adjunct to misoprostol for the treatment of uncontrolled postpartum haemorrhage: a randomised controlled trial in Benin and Mali. BMJ Open [Internet]. 2017;7(9):e016590. Available from: http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-016590

14. Deneux-Tharaux C, Sentilhes L, Maillard F, Closset E, Vardon D, Lepercq J, et al. Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of

the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). Bmj [Internet]. 2013;346(mar28 4):f1541–f1541. Available from: http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.f1541

15. Khouadja H, Rouissi W, Mahjoub M, Sakhri J, Beletaifa D, Jazia K Ben. Stratégie transfusionnelle des hémorragies graves du post-partum: étude rétrospective à propos de 47 cas. Pan Afr Med J. 2016;25:169.

16. Rani PR. Recent Advances in the Management of Major Postpartum Haemorrhage - A Review. J Clin Diagnostic Res [Internet]. 2017;1–5. Available from: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2017&volume=11&issue=2&page=QE01&issn=0973-709x&id=9463

17. Ko HK, Shin JH, Ko GY, Gwon D Il. Efficacy of Prophylactic Uterine Artery Embolization before Obstetrical Procedures with High Risk for Massive Bleeding Cervical pregnancy Cervical pregnancy Cervical pregnancy. 2017;18(2):355–60.

18. Dohbit JS, Foumane P, Nkwabong E, Kamouko CO, Tochie JN, Otabela B, et al. Uterus preserving surgery versus hysterectomy in the treatment of refractory postpartum haemorrhage in two tertiary maternity units in Cameroon: a cohort analysis of perioperative outcomes. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017;17(1):158. Available from: http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1346-0