

HEMORRAGIA POSTPARTO. UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA.

POSTPARTUM HEMORRHAGE. AN OBSTETRIC EMERGENCY.

Ingrid Irina Fuenmayor Trujillo

✉ Centro de Salud San Vicente, Dirección distrital Shushufindi 21D04, Sucumbios, Ecuador.

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-4427-2257>

Recibido: Octubre 27/2023

Aceptado: Noviembre 27/2023

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional 

RESUMEN

La hemorragia posparto es uno de los desenlaces desfavorables que mayor mortalidad materna causan a nivel mundial en todos los niveles de atención. Se presume que entre el 54 y el 93% de estos fallecimientos es prevenible mediante el conocimiento de la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato. Se realizó una investigación documental, con el objetivo de recopilar información actualizada sobre el tema para una práctica médica más consciente y especializada en este problema de la salud mundial. Para lo cual fueron revisadas 31 bibliografías procedentes de bases de datos de relevancia tales como Google Scholar, Medline, Pubmed y Scielo. A través de la estrategia de búsqueda diseñada a tales efectos; estableciéndose como conclusiones que esta complicación obstétrica es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial y nacional, por tanto, es vital el entendimiento de su etiología y tratamiento en aras de mejorar las estadísticas relacionadas a la salud materna y neonatal. El reconocimiento de las condiciones que incrementan el riesgo de la misma debe ser un punto de apoyo fundamental desde la atención prenatal. Igualmente, el manejo activo del alumbramiento debe constituirse como un pilar en la prevención de toda hemorragia obstétrica. Finalmente, el diagnóstico oportuno y el abordaje con la reanimación hídrica y el tratamiento de la causa serán elementos indispensables para la supervivencia de estas pacientes.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia posparto, prevención, uso de oxitócicos.

SUMMARY

Postpartum hemorrhage is one of the unfavorable outcomes that causes the highest maternal mortality worldwide at all levels of care. It is presumed that between 54 % and 93% of these deaths are preventable through knowledge

of prevention, timely diagnosis, and immediate treatment. A documentary investigation was carried out, to collect updated information on the subject for a more conscious and specialized medical practice in this global health problem. Thirty-one bibliographies from relevant databases, such as Google Scholar, Medline, PubMed, and Scielo, were reviewed. Through the search strategy designed for such purposes; Establishing conclusions that this obstetric complication is an important cause of maternal morbidity and mortality worldwide and nationally. Therefore, understanding its etiology and treatment is vital to improve statistics related to maternal and neonatal health. Recognition of the conditions that increase the risk of the same should be a fundamental support point from prenatal care. Likewise, active management of childbirth should be a pillar in the prevention of all obstetric hemorrhages. Finally, timely diagnosis and an approach with fluid resuscitation and treatment of the cause will be essential elements for the survival of these patients.

KEYWORDS: Postpartum hemorrhage, prevention, use of oxytocics.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) es una de las complicaciones que mayor mortalidad materna causan a nivel mundial en todos los niveles de atención. Si bien se han desarrollado múltiples estudios, guías de práctica clínica y flujogramas de manejo, la realidad actual aún se encuentra a cierta distancia de la deseada en cuanto a este y a otros temas relacionados con las afectaciones materno-neonatales, ya que entre el 54 al 93% del total de fallecimientos por dicha causa se presumen como potencialmente prevenibles (Mier & van den Hurk, 1975).

Como ha sido mencionado, existen en la actualidad diversas

dosificaciones farmacológicas y procedimientos quirúrgicos encaminados a la prevención de este fatídico desenlace (Mier & van den Hurk, 1975). Estos abarcan desde el manejo activo del tercer período del parto hasta la ligadura de arterias, sin embargo, encuestas a profesionales de la salud revelan un conocimiento aceptable en cuanto al manejo de uterotónicos en contraste con la implementación deficiente de las otras técnicas por profesionales no especialistas en la rama obstétrica (Rojas Pérez et al. 2019).

Teniendo en cuenta la importancia capital del buen manejo de la hemorragia posparto debido a las significativas consecuencias que esta genera a nivel mundial y nacional, se decidió realizar este artículo de revisión; con el objetivo de recopilar información actualizada sobre dicho tema a manera de aporte para una práctica médica más consciente y especializada en este problema de la salud mundial.

METODOLOGÍA

Investigación básica, descriptiva y de corte transversal. Donde se realiza una revisión bibliográfica integradora con análisis de resultados actualizados a fin de describir los aspectos más significativos de la HPP a través del análisis de diferentes estudios, según los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión

Bibliografías con aportes significativos sobre el tema de hemorragia posparto en inglés o español.
Artículos con elevada credibilidad.
Artículos con fecha de publicación comprendida en los últimos 5 años.

Criterios de exclusión

Artículos poco confiables publicados en fuentes de poca credibilidad.
Artículos desactualizados con un tiempo de publicación mayor a 5 años.

Fueron consultadas un total de 35 fuentes de información. De estas se descartaron cuatro debido a que no se acogían a los criterios de inclusión. De esta forma, se desarrolló la revisión con el apoyo de 31 bibliografías en los idiomas inglés y español. Para el desarrollo de la revisión se restableció una estrategia de búsqueda fundamentada en: palabras clave, bases de datos, conectores booleanos y otros criterios relacionados con los criterios de inclusión y exclusión establecidos y poder describir través de un estudio u pormenorizado, la información esencial y relevante. Se emplearon los métodos teóricos: inducción-deducción, análisis-síntesis y lógico-práctico; en la organización y fundamentación y desarrollar el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Definición

Se conceptualiza a este evento como una pérdida de sangre de 500ml o más tras el parto vaginal o de 1000ml o más posterior

a la práctica de una cesárea. Sin embargo, cualquier sangramiento que genere síntomas de inestabilidad hemodinámica en las 24 horas intraparto y posparto puede ser considerada como tal (Rojas Pérez et al. 2019).

Es importante recalcar que existe una limitación significativa para la medición de las pérdidas sanguíneas durante el parto vaginal o la cesárea, ya que la misma no suele ser exacta. Existen métodos como la estimación a través del pictograma o la cuantificación de hemoglobina y hematocrito los cuales, si bien son de gran ayuda en la práctica suelen desestimar la gravedad del problema y, en el caso de los parámetros de laboratorio, suponen un tiempo de espera intermedio y pueden ser malinterpretados debido a la hemoconcentración que puede producirse tras una hemorragia intensa; de esta forma, el papel de la clínica y la toma constante de los signos vitales ha de ser siempre el pilar ante la sospecha de tal eventualidad (Freire Valencia & Larrea Betancourt, 2019).

Epidemiología

Aunque las estrategias llevadas a cabo por las organizaciones mundiales y nacionales de la salud han logrado cierta disminución de las muertes maternas por hemorragia posparto, esta continúa siendo un problema importante, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Anualmente, se estima que 14 millones de mujeres presentan esta complicación obstétrica, de las cuales aproximadamente 125 000 fallecen por la imposibilidad de controlar el sangrado; asimismo, se calcula que el 30% de estas pacientes eran adolescentes (Beltrán et al. 2017).

Se estima que en el campo de la atención obstétrica el 25% de los fallecimientos que ocurren se deben a hemorragias, la mayoría de las mismas puerperales, lo más alarmante es el hecho de que el 99% de dichas muertes se produzcan en países de ingresos bajos a pesar de que existen métodos para el control del sangrado con una asequibilidad y practicidad bastante aceptable para aplicar en la mayor parte de los niveles de atención de salud (Quijada et al. 2017).

Si se tiene en cuenta una división más estratificada de la epidemiología, se evidencia que la hemorragia posparto en los países desarrollados tiene una mortalidad del 8% (Romero et al., 2018). En contraparte, esta cifra se eleva aproximadamente al 20% en las naciones menos favorecidas económicamente, siendo responsable del 13% de las muertes maternas en la región de América Latina y el Caribe y del 32% en el norte de África (Leyva Edquén, 2020).

Centrando la atención en Latinoamérica, se calcula que una de cada 130 mujeres fallecerá debido a complicaciones presentadas durante su embarazo, parto o puerperio, lo cual es una cifra alarmante teniendo en cuenta que el 60% de dichas muertes ocurrirá debido a hemorragia obstétrica. En el Ecuador, la mortalidad materna es del 49% según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos correspondientes al 2015. De esta tasa, el 16,2% corresponde a hemorragia posparto, por lo que se evidencia una vez más la gran significación de esta fatídica eventualidad y el impacto negativo que genera en la salud a nivel nacional (Rojas Pérez et al. 2019).

Factores de riesgo

Se plantea que las mujeres nulíparas presentan un riesgo diez veces mayor de desarrollar hemorragia posparto. De la misma manera, una cantidad de controles prenatales insuficiente y el peso del recién nacido de 3 500 g o más se comportan como elementos a tener en cuenta para la predicción de dicha complicación obstétrica (Román-Soto et al. 2019).

Un hallazgo interesante es que la condición de madre soltera parece asociarse con una mayor incidencia de hemorragia obstétrica. Esto pudiera hablar a favor de la importancia de prevenir el riesgo preconcepcional, ya que los embarazos no deseados, hijos de madres adolescentes, productos de conductas sexuales irresponsables prevalentes en ciertos sectores poblacionales van de la mano con el compromiso del acceso oportuno a las unidades de salud y a un nivel educacional insuficiente que condicionan una gestación llena de tropiezos y complicaciones (Román-Soto et al. 2019).

La anemia durante la gestación es otro elemento bastante mencionado en la literatura, ya que la aparición de la misma, ya sea de manera aislada o en combinación con otros factores de riesgo, genera una mayor probabilidad de experimentar la hemorragia posparto. Se estima que alrededor del 25% de las pacientes que presentan dicha complicación están anémicas, esto se debe a que las embarazadas anémicas presentan una menor reserva de hemoglobina para enfrentar el estrés y la pérdida sanguínea fisiológica que ocurre durante el parto, de manera que ante un eje hematológico ya deficiente la respuesta óptima del organismo materno se ve comprometida (Durán-Nah et al. 2018).

Las comorbilidades maternas son también eventos que pueden generar una mayor predisposición para la hemorragia puerperal. En este sentido se destacan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el lupus eritematoso sistémico. Igualmente se sabe que el antecedente de un sangrado mayor al fisiológico presentado durante partos anteriores tendrá un 10% de recurrencia en próximos partos (Durán-Nah et al. 2018).

De igual forma las edades maternas extremas (menores de 18 años y mayores de 35), la obesidad, gran múltiparas, las gestaciones múltiples, placenta previa o el desprendimiento prematuro de la misma, así como la existencia de trastornos hipertensivos durante el embarazo como hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia se han relacionado con una mayor incidencia de hemorragia obstétrica (Rojas Pérez et al. 2019).

También se mencionan, ya durante el trabajo de parto, el alargamiento del período de dilatación, los antecedentes de cesárea previa y el parto instrumental. En este sentido, se hace referencia a la inducción con uterotónicos, las placentas adherentes, los partos domiciliarios, la infección corioamniótica y el parto precipitado entre otros elementos (Rubio Álvarez, 2018).

Clasificación

La hemorragia posparto puede ser clasificada según su momento de aparición, siendo la primaria o precoz aquella que

acontece durante las primeras 24 horas tras el parto, la cual se considera de mayor gravedad debido a la evolución aguda y masiva con que se presenta. Por otro lado, la hemorragia puerperal tardía o secundaria es la que aparece a partir de que se han cumplido estas 24 horas preliminares y su periodo de culminación para el diagnóstico difiere según la literatura, pues algunos plantean como fecha límite las 6 semanas posparto y otros las 12 semanas de puerperio (Rojas Pérez et al., 2019). Sobre la hemorragia posparto tardía, se plantea que el 19% de los casos ocurren durante la primera semana, cerca del 40% en la segunda semana y alrededor del 20% entre los días 15 y 21 de puerperio, de esta forma una vez culminado el primer mes la incidencia de este evento se minimiza significativamente, siendo de tan solo el 5% (García-Lavandeira et al., 2017). Otras clasificaciones se basan en la cuantificación de las pérdidas sanguíneas, planteando la hemorragia posparto menor cuando estas son de 500 a 1 000ml, si superan dicha cantidad se denominan como mayores (6). De acuerdo al grado de afectación que generen en la paciente pueden ser compensadas (500 - 1 000ml), leves (1 000 - 1 500ml), moderadas (1 500 - 2 000ml) o severas (> 2 000ml)

Etiología

La hemorragia obstétrica primaria es ocasionada en aproximadamente el 70% de los casos por la atonía uterina, este fenómeno se debe a que, por distintas razones, las fibras del miometrio son incapaces de contraerse de manera eficiente y generar la hemostasia fisiológica tras el alumbramiento (Suárez González et al. 2016).

Los traumas del canal de parto, como los desgarros del tracto genital y las roturas uterinas se consideran la segunda causa de la hemorragia puerperal inmediata, representando aproximadamente el 20% de los casos. Dichas lesiones pueden deberse a múltiples factores tales como el parto instrumental, la práctica de episiotomía, el parto precipitado, la dehiscencia uterina debida a cirugías previas, la inversión uterina y la hiperdinamia (Rojas Pérez et al. 2019).

En este sentido el desgarro perineal es un tipo de trauma que se presenta con relativa frecuencia en mujeres primíparas y adolescentes. La anticipación de este fenómeno se puede hacer mediante la identificación de elementos claves como la ausencia de controles prenatales, la macrosomía fetal y el trabajo de parto prolongado (Villamar et al. 2019).

La tercera causa de este tipo de hemorragia es la retención de tejidos placentarios o de las membranas ovulares en el útero, que se define por un periodo de alumbramiento superior a los 30 minutos y cuya incidencia es mayor en partos con edad gestacional inferior a 26 semanas. Estas retenciones representan aproximadamente el 9% de las etiologías (Riquero Carvajal, 2020).

Finalmente, los trastornos de la coagulación hereditarios como la enfermedad de Von Willebrand, representan el 1,3% de los casos, en este grupo se debe incluir también a las coagulopatías adquiridas que se generan como consecuencia de trastornos obstétricos como el desprendimiento de la placenta, los

niveles excesivos de tromboplastina debido a óbito fetal, la embolia por líquido amniótico, la preeclampsia con signos de gravedad, la eclampsia y la sepsis predisponente a coagulación intravascular diseminada (Riquero Carvajal, 2020).

La hemorragia posparto secundaria presenta una etiología multifactorial y heterogénea y se plantea que los mecanismos productores de la misma son iguales que los revisados en el caso de la primaria, pero con un orden de frecuencia distinto. De esta forma, entre las causas encontramos: la subinvolución del sitio de inserción placentaria, endometritis, la retención de tejidos placentarios, las lesiones del tracto genital, las anomalías placentarias de inserción, la presencia de miomas uterinos, la inversión uterina crónica, las alteraciones de la coagulación, los coriocarcinomas y los trastornos vasculares como las malformaciones arteriovenosas en el útero; de todas estas, las más frecuentes son la subinvolución del sitio de inserción placentaria, infección y la retención de tejidos placentarios (Beltrán et al. 2017).

Fisiopatología

La fisiopatología de la hemorragia posparto dependerá directamente de la causa. Por ejemplo, en el caso de la atonía uterina, la capa muscular del útero es incapaz de contraerse de manera coordinada para efectuar la hemostasia del lecho placentario una vez este se ha desprendido. La falla en la producción de este fenómeno fisiológico de cierre de las arterias espiraladas generará una pérdida sanguínea profusa que solo podrá cesar o bien con el empleo de uterotónicos, con las técnicas de compresión o con un abordaje más quirúrgico (Ezquerro Cordón et al. 2017).

En cuanto al trauma y la retención de los tejidos placentarios y de las membranas ovulares, se entiende que el primero producirá un sangrado importante por la lesión directa del canal del parto (desgarros o roturas) que en ocasiones no se manifiesta como hemorragia externa y que puede comprometer la vida del feto, como es el caso de la rotura uterina. Por otro lado, los tejidos retenidos en la cavidad uterina generan un estímulo que inhibe la contracción del miometrio, ya sea de manera focal o difusa, repitiéndose el mecanismo patogénico mencionado en la atonía (Villamar et al. 2019).

Por otro lado, los trastornos de la coagulación tales como la enfermedad de Von Willebrand y la hemofilia, así como la disminución importante del recuento de las plaquetas que puede ser inducida por la preeclampsia grave o el Síndrome de HELLP y la aparición de coagulopatías de consumo generadas por la sepsis o los embolismos de líquido amniótico pueden llevar a la paciente a un punto común caracterizada por la pérdida sanguínea excesiva y descontrolada.

En el caso de la hemorragia posparto secundaria, los mecanismos citados anteriormente que suelen repetirse, tales como la retención de tejidos, el trauma obstétrico y las coagulopatías se presentan de forma subaguda. Los miomas submucosos, por otro lado, interfieren con el proceso de liberación de los loquios y, por ende, con la involución uterina. Los coriocarcinomas, si bien son una rara etiología, generan un sangrado que puede durar incluso meses, esto debido a que entre el 60 y el

80% de las pacientes presentan metástasis uterinas, hepáticas o pulmonares al momento del diagnóstico, las cuales se caracterizan por una amplia vascularización y predisposición al sangramiento (Quijada et al. 2017).

Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia posparto se basa en la evidencia clínica, ya que se observa y cuantifica con los métodos ya vistos el sangrado que presenta la paciente luego del alumbramiento. Igualmente se debe evaluar el estado hemodinámico de la paciente.

Las cifras de tensión arterial sistólica pueden indicar afecciones leves (100-80 mmHg), moderadas (80-70 mmHg) o graves (70-50 mmHg) y estas pueden acompañarse de síntomas como la taquicardia, sudoraciones, palidez, oliguria o disnea. En casos más severos la paciente puede experimentar shock hipovolémico y muerte (Rubio Álvarez, 2018).

Manejo

Una vez identificada la hemorragia posparto primaria se debe activar la clave roja e instaurar una cadena de medidas encaminadas a la reanimación, identificación y control de la causa. Inicialmente se debe aplicar oxigenoterapia a 10 litros por minuto si es con máscara con bolsa de reservorio o a 3 litros por minuto en caso de las cánulas nasales. El objetivo es el mantenimiento de un valor mínimo de saturación arterial del 95%. Seguidamente se deben obtener dos accesos periféricos con catéteres venosos y administrar soluciones cristaloides en bolos de 500 ml, con una verificación clínica cada 5 minutos. Como tercer paso se debe insertar una sonda vesical con la finalidad del control de la diuresis.

La resucitación hídrica debe llevarse a cabo con Lactato de Ringer, calculando la dosis a 30ml/kg de peso de la paciente. Sin embargo, al no existir mejoría luego de administrar 2 L de fluidoterapia se debe pasar a la transfusión sanguínea. Para ello se pueden administrar 2 paquetes globulares. En muchos protocolos se sugiere que la transfusión sanguínea temprana durante las primeras 24 horas se requerirá en el 5% de las pacientes, 3% de forma masiva. El papel de los productos sanguíneos es fundamental para prevenir la caída del fibrinógeno, la protombina y las plaquetas (Hernández Cisneros et al. 2000).

En cuanto a la administración de los componentes hemáticos, la escuela americana sugiere hacerlo en una proporción de 1:1:1, mientras que la europea plantea este esquema de 2:1:1 y hasta 3:1:1, entre paquetes globulares, plasma fresco congelado y crioprecipitados para evitar la ocurrencia de una coagulopatía por dilución (Hernández Cabrera et al. 2017).

Dado que la principal causa de hemorragia obstétrica primaria es la atonía o hipotonía uterina esta debe identificarse de forma precoz y en su manejo inicial se plantea el uso de uterotónicos. En este caso, la oxitocina a dosis de 40 UI diluidas en 500ml de solución isotónica, administradas de manera intravenosa a una velocidad de 60 hasta 125 ml/h puede ser una buena alternativa. Igualmente, 800µg de misoprostol oral,

bucal, sublingual o rectal otra alternativa en caso de que el sangrado continúe es la administración de metilergonovina a razón de 0,2mg intramuscular cada 2 a 4 horas con una dosis máxima de 1g en 24 horas son buenas alternativas para lograr una contracción miometrial efectiva (Curioso et al. 2010).

Otra opción terapéutica es la carbetocina, análogo de la oxitocina, que a dosis de 100µg intravenosos o intramusculares presenta buenos resultados por su rápida acción, su vida media 10 veces mayor que la oxitocina y la ocurrencia de contracción uterina en un rango de 1,2 minutos luego de la administración la sitúan en un puesto de relevancia. Sin embargo, es un medicamento de difícil adquisición debido a su costo (Thornton & Harrison, 1975). Adicionalmente, pueden emplearse agentes coadyuvantes de la coagulación como el ácido tranexámico, que es un inhibidor de la fibrinólisis. Este debe ser administrado en toda paciente con hemorragia posparto independientemente de la causa, se recomienda administrar de preferencia en los primeros 15 minutos o hasta las primeras tres horas iniciada la hemorragia, en una dosis de 1g intravenoso en 10 minutos, pues si se incorpora demasiado rápido al organismo puede provocar hipotensión. Si luego de 30 minutos no existe reducción de la hemorragia debe administrarse 1g más por vía intravenosa (Riquero Carvajal, 2020).

Otra medida menos invasiva es la colocación del balón de Bakri. Este es un modelo endo uterino que se rellena con 500 ml de suero salino fisiológico y actúa generando una compresión interna. Se compone de silicona sin látex y presenta una forma adaptable a la anatomía del útero. Posee una sonda de entrada para su insuflación y otra para el drenaje, permitiendo además la visualización del sitio del sangrado (Hernández Cabrera et al. 2017).

El uso del condón intrauterino presenta un mecanismo similar al del balón de Bakri, ofreciendo una alternativa más económica y fácil de implementar en cualquier nivel de la atención de salud. Este se elabora mediante un preservativo masculino y otros implementos médicos como sonda Foley y solución salina. El principio de funcionamiento es la inyección de líquido que permita la insuflación del globo para producir la formación de un coágulo estable por compresión, creando una presión intraluminal que supere a la presión arterial sistólica y detenga el sangrado (Villamar et al. 2019).

Existe además un traje antishock no neumático que presenta seis segmentos dirigidos a distintas porciones corporales. La función del mismo es la regulación de la perfusión sanguínea, priorizando a los órganos más importantes. Si bien no es un método que permita la resolución definitiva del problema causante de la hemorragia, permite ganar tiempo de compensación hemodinámica para la actuación dirigida a la etiología, por lo que su implementación se debe tomar en cuenta en cualquier nivel de atención.

Otras técnicas para el control de la hemorragia obstétrica son las quirúrgicas. Aquí se describen medidas más conservadoras como la compresión intrauterina mediante gasas o los balones ya descritos, las suturas compresivas de B- Lynch; Ho-Cho,

Hayman, Mehmet Mutlu y Marashinge entre otras, que pueden aplicarse de manera aislada o combinada. Las técnicas de tipo vascular que también se aplican son la ligadura de arterias uterinas e hipogástricas. Para estas es necesario contar con la presencia de un obstetra, puesto que los médicos generales no presentan las habilidades para realizarlas correctamente. Por último, la histerectomía total o parcial se emplea ante un fracaso de las técnicas menos invasivas, ya que compromete permanentemente la capacidad reproductiva de la mujer en el futuro. La más empleada es la de tipo total con conservación de los anexos y se suele indicar cuando existe acretismo placentario o rotura uterina con reparación no viable.

Independientemente del protocolo de manejo establecido en las unidades de salud, es necesario que exista una capacitación de los profesionales en las medidas más elementales que se deben implementar frente a esta situación de emergencia. Varios estudios demuestran una mejora en la respuesta y la eficacia de la misma tras entrenamientos in situ del personal competente, pues es el desarrollo continuo de las habilidades lo que logra una acción más coordinada, rápida y eficiente.

Este manejo activo del alumbramiento consta de acciones concretas como la administración de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical con su respectivo pinzamiento y el masaje del fondo uterino. La primera acción se basa en la aplicación de 10 UI de oxitocina intramuscular o 5 UI intravenosas pasándolas de manera lenta, habiendo descartado previamente otro feto en el útero de la mujer (Corona & Antonio, 2017). Una alternativa al uso de la oxitocina pudiera ser la administración de misoprostol. Este tiene varias ventajas frente a la oxitocina, pues su vida útil es mayor y presenta una mejor estabilidad con los cambios térmicos. Puede administrarse por vía oral, sublingual y bucal en dosis de 600µg. Algunas bibliografías plantean la administración rectal de dicho fármaco como otra alternativa efectiva para el manejo del alumbramiento puesto que reduce los efectos gastrointestinales indeseables del mismo y a la factibilidad de implementarlo cuando existe hemorragia uterina.

Otra alternativa, si no se dispone de estos medicamentos puede ser la metilergometrina en dosis de 0,2mg intramuscular. Es necesario puntualizar que esta se encuentra contraindicada en casos de pacientes que presenten cualquier tipo de trastorno hipertensivo o enfermedad cardíaca (Corona & Antonio, 2017). Entre las maniobras que se pueden efectuar está el pinzamiento tardío del cordón umbilical a partir del segundo minuto del nacimiento o cuando este deje de latir, continuado de la tracción controlada del mismo para reducir el periodo de alumbramiento y por tanto el sangrado. Además, el masaje uterino puede efectuarse, aunque no es una firme recomendación, pero igual puede ser útil para el manejo de estas pacientes y para la identificación precoz de las atonías uterinas.

Prevención

Debido a que la hemorragia posparto primaria suele ser la más grave y mortal y a que su causa más frecuente es la atonía uterina muchos esfuerzos han sido hechos en este sentido. De esta forma, el periodo de alumbramiento ha tomado el

foco de atención y en el mismo se definen dos conductas: la expectante, donde no se realiza ninguna maniobra extractora hasta pasados los 30 minutos pues se confía en la evolución fisiológica del mismo. Otra variante sería el manejo activo del tercer periodo del parto o alumbramiento dirigido, que puede prevenir hasta el 60% de las hemorragias posparto inmediatas y, por tanto, esta es la mejor alternativa de preferencia al manejo conservador (Cordero Herrera, 2014).

La prevención de la hemorragia posparto secundaria puede ser llevada a cabo mediante un adecuado control prenatal y de los factores de riesgo obstétricos. Se ha hablado de la administración profiláctica de antibióticos, pero no existe evidencia sustentable sobre la generalización de este método, que supone además un gasto extra de recursos de salud (Corona & Antonio, 2017).

CONCLUSIÓN

La hemorragia posparto es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial y nacional, por tanto, es vital el entendimiento de su etiología y tratamiento en aras de mejorar las estadísticas relacionadas a la salud materna y neonatal. El reconocimiento de las condiciones que incrementan el riesgo de la misma debe ser un punto de apoyo fundamental desde la atención prenatal. Igualmente, el manejo activo del tercer periodo del parto debe constituirse como un pilar en la prevención de toda hemorragia obstétrica. Finalmente, el diagnóstico oportuno y el abordaje con la reanimación hídrica y el tratamiento de la causa serán elementos indispensables para la supervivencia de estas pacientes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beltrán, Y. S., Machado, M. G., Casal, M. E. B., & Prado, N. P. P. de. (2017). Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(4), Article 4. <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/111>
- Cordero Herrera. (2014). Principales enfermedades asociadas al estado nutricional en el niño menor de un año. *Medicentro Electrónica*, 18(3), 100-106.
- Corona, G., & Antonio, E. (2017). Aguda, prolongada y persistente en niños y su diferencia de la diarrea crónica. *MEDISAN*, 21(9), 2047-2060.
- Curioso, W. H., Roman, H., Perez-Lu, J., Castagnetto, J. M., & García, P. J. (2010). Mejorando los sistemas de información en salud materna: Validación de historias clínicas electrónicas en el Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27, 487-489.
- Durán-Nah, J. J., Sosa-Ek, M. V., & Chacón-Hernández, L. (2018). Perfil hemostático en pacientes con y sin hemorragia obstétrica posparto. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(6), 517-524.
- Ezquerro Cordón, V., Gómez Ruiz, R., bonet Pérez, B., Salcedo Clemos, L., & Irache Ferrández, A. R. (2017). Manejo del alumbramiento. Resumen de la evidencia. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 116, 75-79.
- Freire Valencia, A. C., & Larrea Betancourt, D. F. (2019). Comparación de métodos de cuantificación de sangrado en el parto céfalo vaginal método visual versus método de cuantificación con funda recolectora de sangrado en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito entre marzo a julio del 2019. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/16807>
- García-Lavandeira, S., Álvarez-Silvares, E., Rubio-Cid, P., Borrajo-Hernández, E., García-Lavandeira, S., Álvarez-Silvares, E., Rubio-Cid, P., & Borrajo-Hernández, E. (2017). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(4), 254-266.
- Hernández Cabrera, Y., Cepero Águila, L., & Ruiz Hernández, M. (2017). Aplicación de suturas compresivas de Hayman ante hemorragia obstétrica postparto. Presentación de un caso. *MediSur*, 15(2), 261-265.
- Hernández Cisneros, F., Rodríguez Salceda, Z., Ferrer Herrera, I., & Trufero Cánovas, N. (2000). Enfermedades diarreicas agudas en el niño: Comportamiento de algunos factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 129-133.
- Leyva Edquén, L. A. (2020). Asociación entre anemia gestacional y hemorragia postparto en el Hospital Regional de Lambayeque – Perú 2021. <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/8537>
- Mier, P. D., & van den Hurk, J. J. (1975). Lysosomal hydrolases of the epidermis. 2. Ester hydrolases. *The British Journal of Dermatology*, 93(4), 391-398. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1975.tb06512.x>
- Quijada, B. P. R., Paniagua, K. C., & Lugán, S. K. (2017). Prevalencia y perfil epidemiológico de puérperas con hemorragia postparto. Ayacucho 2000-2015. *Revista Colombiana Salud Libre*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2017v12n1.1411>
- Riquero Carvajal, J. A. (2020). Atonía uterina post parto eutócico simple [bachelorThesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2020]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8408>
- Rojas Pérez, L. A., Rojas Cruz, L. A., Villagómez Vega, M. D., Rojas Cruz, A. E., & Rojas Cruz, A. E. (2019). Hemorragia posparto: Nuevas evidencias. *Cienc. Serv. Salud Nutr*, 98-108.
- Román-Soto, J. M., Oyola-García, A. E., Quispe-Ilanzo, M. P., Román-Soto, J. M., Oyola-García, A. E., & Quispe-Ilanzo, M. P. (2019). Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstrac

t&pid=S0864-21252019000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Romero, J. B., Arteaga, M. del P. G., & Caraballo, Á. S. (2018). Caracterización de los desenlaces maternos de la hemorragia posparto primaria en un hospital de Montería, Colombia, 2016. *Revista Avances en Salud*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.21897/25394622.1392>
- Rubio Álvarez, A. (2018). Hemorragia postparto: Factores de riesgo asociados y modelo predictivo del riesgo de sangrado excesivo postparto [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Castilla-La Mancha]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=248942>
- Suárez González, J. A., Santana Beltrán, Y., Gutiérrez Machado, M., Benavides Casal, M. E., & Pérez Pérez de Prado, N. (2016). Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(4), 464-473.
- Thornton, J. A., & Harrison, M. J. (1975). Letter: Duration of action of AH8165. *British Journal of Anaesthesia*, 47(9), 1033. <https://doi.org/10.1093/bja/47.9.1033>
- Villamar, V. Z., Vera-Quiñonez, S., Sotomayor, J. R., & Rueda, E. R. (2019). Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas. *Cumbres*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.48190/cumbres.v5n1a9>