

Hemorragias del puerperio inmediato

Prevención

DR. RENÉ CERVANTES-BEGAZO

OBJETIVO

Identificar tempranamente los factores de riesgo, los signos premonitorios y los síntomas y signos tempranos de las patologías que producen hemorragia del puerperio inmediato para prevenirlas, manejarlas adecuadamente y prevenir las complicaciones a que pudieran dar lugar permitiendo a la mujer una evolución normal de su período puerperal y el reinicio de su función sexual y reproductiva, cuando ella así lo desee, luego de vencidos los plazos recomendables para abstenerse de ejercer estas funciones.

DEFINICIONES

Puerperio

Es el período de 6 semanas (42 días) que sigue a la expulsión de la placenta o alumbramiento y durante el cual se produce la lactancia y la involución y retorno a la normalidad de los órganos y funciones fisiológicas de la mujer, aunque este retorno a la normalidad puede no producirse nunca.

El puerperio se divide en:

- Puerperio inmediato: constituido por las primeras 24 horas que siguen al alumbramiento
- Puerperio tardío: el resto del período puerperal hasta el fin del día 42 posparto

Algunos extienden el puerperio hasta los 3 meses,

Hemorragia del posparto

Es la pérdida de 500 mL o más de sangre después de un parto vaginal o bien la pérdida de 1 000 mL o más de sangre después de una cesárea.

La mujer durante el embarazo presenta hipervolemia que en un caso normal puede alcanzar al 30 a 60% del incremento de su volumen sanguíneo, que en una mujer de tamaño promedio representa de 1 a 2 L. Como consecuencia esta mujer durante el parto tolera una pérdida de sangre que se aproxima

al volumen que añadió durante la gestación sin disminución notable del hematocrito post parto. Pero en realidad, la pérdida sanguínea asociada al parto es casi el doble de la estimada. Por esto, la pérdida que "estimamos" mayor a 500 ml obliga a adoptar medidas de protección para prevenir el shock hipovolémico

Hemorragia del puerperio inmediato

Es la pérdida de sangre con las características mencionadas que se produce en las primeras dos horas del puerperio o cuarto período del parto llamado así con criterio preventivo para estar alerta en este período que es en el cual se producen la mayoría de las hemorragias del puerperio inmediato y que constituyen la primera causa de muerte materna en nuestro país.

Las hemorragias del puerperio tardío, en la gran mayoría de casos no adquieren la gravedad de las del puerperio inmediato, salvo aquellas asociadas a la retención de restos placentarios ya que pueden condicionar infección puerperal y potencialmente llevar al shock séptico.

ENTIDADES PATOLÓGICAS QUE PRODUCEN LAS HEMORRAGIAS DEL PUERPERIO

Hemorragias del puerperio inmediato

- Retención de placenta
- Retención de restos placentarios
- Atonía uterina
- Desgarros de partes blandas del canal del parto
 - Perineovaginales
 - Cervicales
 - Uterina (ruptura uterina)
- Hematomas perineovaginales
- Inversión uterina
- Trastornos de la coagulación



Hemorragias del puerperio tardío

- Retención de restos placentarios
- Subinvolución uterina
- Subinvolución del sitio de implantación placentaria
- Retorno anormal de la regla
- Endometritis puerperal
- Deprivación de hormonas inyectadas durante el parto o puerperio

HEMORRAGIAS DEL PUERPERIO INMEDIATO

Factores de riesgo

En forma genérica, los siguientes pueden considerarse como factores de riesgo para las hemorragias del puerperio inmediato:

- Edad avanzada
- Gran multiparidad (4 o más partos)
- Intervalo intergenésico muy corto, menos de un año.
- Historia de parto precipitado o prolongado
- Historia de infección uterina posparto o postaborto
- Historia de atonía uterina
- Historia de varios legrados uterinos.
- Historia familiar de embarazo múltiple
- Diabetes

Los factores mencionados deben tenerse en cuenta como posibles riesgos para alguna o algunas de las patologías que pueden dar lugar a una complicación que entre otras, pueda producir hemorragia del puerperio inmediato.

Factores predisponentes y causas inmediatas

Hemos agrupado los factores predisponentes y causas inmediatas de las hemorragias del puerperio de acuerdo a cada una de las patologías causantes de esta complicación, para que cuando se esté frente a un caso de hemorragia del puerperio inmediato, se los pueda repasar rápida y mentalmente, a la par que se repasa o toma la historia, se practican los exámenes, se realizan los procedimientos básicos para el manejo de cualquier emergencia, se ordenan los análisis y pruebas auxiliares pertinentes y se realiza lo pertinente para controlar y detener el foco de la hemorragia.

De retención de placenta o restos placentarios

- Mal manejo del alumbramiento (maniobra de Crédé o expresión del fondo uterino)
- Mal uso de los oxitócicos
- Adherencia anormal de la placenta: placenta accreta, increta o percreta
- Placenta succenturiata (cotiledón aberrante)

- Extracción manual de placenta deficiente o incompleta.

De atonía uterina

- Sobredistensión uterina: feto grande, embarazo múltiple, polihidramnios.
- Feto grande
- Parto precipitado
- Parto prolongado
- Gran multiparidad
- Intervalo intergenésico muy corto
- Supresión brusca del goteo de oxitocina después de inducción o estimulación.
- Anestesia general con hidrocarburos halogenados
- Analgesia por conducción
- Corioamnionitis
- Maniobras bruscas sobre el útero para desprender la placenta

De laceración de partes blandas (perineovaginales o cervicales) o hematomas por traumatismos

- Parto instrumentado (fórceps, vacuum)
- Parto precipitado
- Pujo antes de la dilatación completa
- Maniobra digital para completar la dilatación
- Feto grande
- Variedades de presentación cefálica transversas o posteriores persistentes
- Extensión de episiotomía
- Desproporción pélvico fetal (para ruptura uterina)
- Versión y extracción podálica (para ruptura uterina)

De inversión uterina

- Atonía uterina +
- Presión sobre el fondo uterino para desprender la placenta
- Tracción forzada del cordón umbilical antes del desprendimiento de la placenta con o sin adherencia placentaria anormal
- Espontánea

De trastornos de la coagulación

- Feto muerto y retenido (aborto frustrado, muerte fetal tardía)
- Aborto incompleto infectado
- Infección puerperal (shock séptico)
- Síndrome Hellp
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
- Embolia del líquido amniótico



Diagnóstico diferencial

La ruptura uterina tiene características bien definidas que no permiten incluirla en el cuadro diferencial, se la incluye más bien con las hemorragias de la segunda mitad de la gestación.

Guía del procedimiento para el diagnóstico diferencial

Sugerimos los siguientes 5 pasos para el diagnóstico diferencial de las hemorragias del puerperio inmediato:

1. Inspección de la región vulvoperineoanal

La inspección muestra desgarros perineo vaginales, inversión uterina completa, hematomas vulvovaginales ostensibles y el cordón umbilical saliendo de la vulva si hay retención de placenta pasados 30 minutos después de la expulsión fetal. En cada uno de los casos mencionados se procede al manejo pertinente.

Si la inspección es negativa, realizar los siguientes pasos:

2. Identificar el fondo uterino por palpación abdominal

Se pone la palma de la mano en el fondo uterino y se palpa el útero. Si la placenta no se ha desprendido la consistencia es algo firme, la forma discoidal por la presencia de la placenta adherida. Si la placenta ya se ha desprendido el fondo de eleva un poco por encima o al nivel del ombligo, la consistencia es dura y firme y la forma es globular.

Si se palpa el fondo uterino con las características descritas, se descarta:

- Atonía uterina, e
- Inversión uterina

Si no se palpa el fondo uterino el diagnóstico será:

- Inversión uterina

3. Descartar laceración de partes blandas, hematoma y confirmar si hay inversión uterina

Se realiza una inspección más detenida de la región vulvoperineoanal.

Luego se introducen dos valvas vaginales tipo Richardson o similares una en la cara anterior y la otra en la inferior vaginal para inspeccionar las caras laterales de la vagina y luego rotándolas, inspeccionar las caras anterior e inferior.

- Si hay desgarros perineovaginales la maniobra mencionada permite identificarlos así como su ubicación, dirección y magnitud.
- Con esta maniobra puede identificarse también un hematoma perineovaginal en formación ya que los hematomas de mayor magnitud se diagnostican horas más tarde no por pérdida sanguínea sino por dolor perineovaginoanal y alteración de los signos vitales o a veces por shock hipovolémico

- Si hay inversión uterina total con extrusión del útero invertido fuera del introito vaginal el diagnóstico se hace por la inspección inicial. Con frecuencia la inversión se produce antes del alumbramiento ya sea por las maniobras bruscas que se practican para desprender la placenta tanto al presionar el útero o al traccionar energicamente el cordón o por la adherencia anormal de la placenta (acreta, increta o percreta). La inversión se facilita cuando existe atonía uterina.

4. Revisar el cuello uterino para descarte de desgarro cervical

Utilizando las valvas usadas para la inspección de la cavidad vaginal, se identifica el cuello uterino se pone una pinza de Foerster o de anillo larga curva o recta en el cuello a las 12 de la esfera y otra a las 3 para examinar el segmento entre las pinzas, luego se cambia la pinza de las 12 a las 6 y se examina el segmento entre las pinzas, luego se pasa la pinza de las 3 a las 9, y finalmente la pinza de las 6 se la pasa a las 12 para el examen de los segmentos correspondientes.

Normalmente el cuello recientemente dilatado presenta festones romos no sangrantes que personas no experimentadas pueden confundir con desgarros. El desgarro tiene bordes cortantes, irregulares, sangrantes. Si se encuentra un desgarro debe ponerse una pinza de anillo en cada borde inferior e identificarse el extremo superior del desgarro para iniciar la sutura a 0,5 cm por encima de dicho extremo. Esta precaución debe tenerse también con la sutura de los desgarros perineovaginales o extensión de una episiotomía.

5. Revisar la cavidad uterina para descarte de retención de restos placentarios o lóbulo placentario aberrante

Descartadas o confirmadas una o más de las patologías mencionadas anteriormente, antes de terminar el examen se procede al descarte de retención de restos o lóbulo aberrante placentario, para lo que debe practicarse una exploración y limpieza de la cavidad uterina. Como los procedimientos diagnósticos mencionados se hacen inmediatamente después de observada la pérdida sanguínea, el cuello uterino debe estar abierto y debe permitir el examen digital de la cavidad:

- Se lava con yodo-povidona, jabón o similar, la región vulvoperineal en forma excéntrica
- Se limpia la cavidad vaginal y el cuello uterino con una solución antiséptica (yodo-povidona solución o similar)
- Se cambia los guantes y presionando el fondo uterino hacia abajo se introducen dos dedos en la cavidad uterina para explorarla y extraer los restos que se puedan encontrar.
- Si no se logra extraer los restos, se tratará de introducir la mano; si esto no es posible se debe practicar un legrado uterino bajo anestesia general, con una cureta grande roma.



Diagnóstico	Al examen abdominal		Al examen del canal del parto				Estado del cuello uterino	Relación de signos vitales con la hemorragia	Compromiso del estado general
	Presencia de útero en palpac. abdominal	Consistencia Uterina	Presencia de laceración	Cavidad vaginal	Ec. rectal	Relación de signos vitales con la hemorragia			
Retención de placenta	Se palpa al ombligo	Normal de forma discoidal	Cordón presente. No hay laceración	Normal	Negativo	Entreabierto cerrado. Depende del tiempo transcurrido	Si Si no hay hemorragia la infección puede alterarse	Depende del tiempo transcurrido y la infección	
Retención de restos placentarios	Se palpa debajo del ombligo	Firme o algo blandos. Depende de cantidad de restos	No hay laceración	Normal	Negativo	Generalmente algo dilatado	Si	Generalmente. No hay. Depende de la hemorragia e infección	
Atonía Uterina	Se palpa	Muy blando. No contrae	No hay laceración	Normal	Negativo	Dilatado	Si	Depende de la hemorragia	
Desgarro perineo vaginal	Se palpa	Contraído	Presencia de localización y magnitud variable	Alterada por el desgarro	Negativo si no hay laceración rectal	Cerrado	Si	Depende de la hemorragia	
Desgarro cervical	Se palpa	Contraído	Laceración cervical	Normal	Negativo	Entreabierto	Si	Depende de la hemorragia	
Inversión uterina	No se palpa	No se palpa	No hay laceración	Orugaba total o parcial. Por el útero.	Negativo	Útero invertido a través del cuello	Puede haber shock casi sin hemorragia	Presente Shock en caso agudo	
Hematoma	Se palpa	Contraído	Puede haber	Puede abultar la vulva u obstruir el canal vaginal y dificultar el examen	Puede abultar el canal rectal y dificultar el examen	Cerrado	Puede haber shock sin hemorragia visible	Dolor perineovaginoanal marcado y puede haber compromiso del estado general	
Trastorno de la coagulación	Se palpa	Contraído	No hay laceración	Normal	Negativo	Cerrado	Si	Depende de la hemorragia	

(*) El cuadro es válido solo para el diagnóstico de patologías únicas, pero pueden haber combinaciones como por ejemplo: Laceración cervical y perineo vaginal, hematoma vulvovaginal con laceraciones de partes blandas, atonía uterina y laceración del cuello uterino

Prevención

Prevención primaria

Se hace a través de:

- Educación sexual y en paternidad responsable en todos los niveles del sistema educativo y a la población adulta.
- Evitar la gran multiparidad y el aborto por embarazo no deseado mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos y efectivos prescritos de acuerdo a las características de las pacientes.
- Recomendar la maternidad entre los 20 y los 34 años con intervalos no menores de 2 a 3 años y no mayores de 5.
- Tener registrada y portar tarjeta con el grupo sanguíneo y factor Rh de un laboratorio de prestigio.
- Nutrición adecuada y prevención de la anemia controlando periódicamente la hemoglobina y/o hematocrito
- Evitar la infección posparto o postaborto
- Divulgar entre la población información con relación a los factores de riesgo, a los condicionantes y desencadenantes de la hemorragia del puerperio inmediato. Para tal fin deben utilizarse todos los medios de comunicación disponibles.
- Uso juicioso de la oxitocina tanto en la inducción cuanto en la acentuación del trabajo de parto
- Uso juicioso de hipotensores y sedantes durante el trabajo de parto
- Uso juicioso de anestésicos generales hidrocarbonatos y halogenados en el parto
- Uso del alumbramiento activo y si no se domina la técnica, observar las reglas para la atención del alumbramiento espontáneo evitando la presión del fondo uterino tipo Credé y la tracción forzada del cordón umbilical

Prevención secundaria

Se hace a través de:

- Producida la hemorragia repasar rápidamente los factores de riesgo, los condicionantes y los desencadenantes de las hemorragias del puerperio inmediato.
- Revisar rápidamente la historia clínica (antecedentes, evolución del embarazo y del trabajo de parto, tipo de alumbramiento, peso fetal, número de bebés, si hubo instrumentación, tipo de parto, diagnósticos sugeridos, etc)
- Disponer de protocolos y manuales de procedimientos que involucren a todo el personal, desde el portero hasta los médicos, donde se detalle el papel de cada persona frente a un caso de emergencia. Estos documentos deben ser conocidos por todo el personal y los pasos más importantes deben estar reproducidos en papeles que deben exponerse permanentemente en todos los ambientes del establecimientos especialmente en la emergencia y admisión. Seguir el ejemplo de las claves roja, azul y amarilla del hospital de Tarapoto
- Seguir los procedimientos básicos para el manejo de toda clase de emergencias:
 - No pierda la calma, Piense de manera lógica y concéntrase en las necesidades de la mujer
 - No deje desatendida a la mujer
 - Pida ayuda
 - Asegúrese de mantener las vías aéreas permeables especialmente si la mujer está inconsciente
 - Permeabilice por lo menos una vena con aguja No. 18 e inicie una infusión de cristaloides
 - Posicione a la mujer acostada sobre su lado izquierdo con los pies elevados y afloje la ropa ajustada.



- Tenga en cuenta la posibilidad de presentación de shock hipovolémico
- Obtenga una muestra de sangre para: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh
- Disponga la reserva de sangre total y o derivados compatibles
- Si la mujer está despierta converse con ella, ayúdela a permanecer tranquila. Pregúntele que ocurrió y los síntomas que experimenta.
- Suprima el foco de la hemorragia, si el procedimiento es de su competencia. Si no lo es o en su establecimiento no se puede realizar, transfiera inmediatamente a la paciente al nivel correspondiente más cercano transportándola con personal profesional que conozca y tenga experiencia en estos casos, y manteniendo la vía aérea y una vena permeables.

Procedimientos recomendados para prevenir o diagnosticar temprano la patología causante

Partograma con curva de alerta

El partograma modificado por la OMS ha eliminado la fase latente y las variaciones con relación a la posición de la paciente y la ruptura de las membranas. El registro gráfico en el formato empieza a hacerse en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.

Las siguientes son las indicaciones para el llenado del formato:

Información sobre la paciente

Escriba la siguiente información en la parte superior del gráfico:

- Nombre
- Fórmula obstétrica
- Número de historia clínica
- Fecha de hospitalización
- Hora de hospitalización
- Hora en que se rompieron las membranas

Los datos que se mencionan a continuación deben registrarse en los espacios pertinentes del formato:

Frecuencia cardíaca fetal

FCF cada 15 minutos.

- Escuche el corazón fetal antes, durante y después de cada contracción uterina, con la madre, preferible, en DLI.
- El rango de la FCF es de 120 a 160 (algunos la estiman entre 100 y 180) por min.

Membranas y líquido amniótico

En cada examen vaginal (que deben ser sólo los estrictamente necesarios) registre el estado de las membranas y del líquido amniótico con las siguientes iniciales:

- I: Membranas intactas
- R: Momento de la rotura de las membranas
- C: Membranas rotas, líquido claro
- M: Líquido meconial
- S: Líquido manchado con sangre

Moldeamiento de la cabeza fetal

En cada examen vaginal registre el moldeamiento del cráneo fetal con las siguientes iniciales:

- 1. Suturas lado a lado
- 2. Suturas superpuestas pero reducibles
- 3. Suturas superpuestas y no reducibles

Dilatación del cuello uterino

En cada examen vaginal evalúe la dilatación cervical y marque con una (x). Comience el registro del partograma a los 4 cm de dilatación.

Línea de alerta

Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora

Línea de acción

Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

Evaluación del descenso mediante la palpación abdominal (Método de los quintos)

Cuando la presentación cefálica está flotando (borde inferior de la cabeza a nivel del reborde pélvico) puede ponerse los 5 dedos de una mano sobre la cabeza por debajo del sincipio 5/5. A medida que desciende la cabeza también lo hace el sincipio por lo que cada vez se podrá poner menos dedos de la mano sobre la cabeza, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5, hasta que el sincipio este a nivel de la sínfisis del pubis en cuyo caso la lectura será 0/5 indicando que la cabeza está encajada o más descendida. Cada palpación se registra con un (o) en el espacio correspondiente

Número de horas

Registre el tiempo transcurrido en horas desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado)

Hora

Registre el tiempo real que transcurre

Contracciones

Registre gráficamente las contracciones cada media hora. Palpe el número de contracciones por 10 minutos y su duración en segundos (s)



- Menos de 20 s: (rellenar el espacio con puntos)
- Entre 20 y 40 s: (rellenar el espacio con rayas oblicuas)
- Más de 40 s: (rellenar el espacio completo de negro)

Oxitocina

Si se utiliza oxitocina, registre la cantidad por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.

Medicamentos administrados

Registre cualquier medicamento adicional que se utilice

Pulso, presión arterial, temperatura, orina (proteína, acetona y volumen)

Registre el pulso cada 30 minutos y marque con un punto (·); la presión arterial, cada 4 horas y marque con flechas; la temperatura, cada 2 horas, en grados centígrados; la orina: registre cada vez que se produce orina, e indique la presencia de proteínas, acetona y volumen:

Detalles del parto

Registre los detalles del parto a la derecha de la línea de acción. Se aconseja regular el goteo de oxitocina para la inducción o acentuación del trabajo de parto de la siguiente forma, si se utiliza 10 UI de oxitocina en 1 000 mL de Cl Na al 0,9% o 5 UI en 500 mL.

Iniciar el goteo con 8 gotas (4 mUI/min). Si no hay respuesta, cada 30 minutos doblar el goteo primero a 16 y luego a 32 gotas/min. Si no hay respuesta puede incrementarse el goteo a 40 gotas (20 mUI/min). A nuestro juicio este es el máximo goteo que se puede utilizar para la inducción o acentuación del trabajo de parto. Si no hay respuesta en 2 a 3 horas de goteo regulado, debe re evaluarse el caso para tomar la decisión más pertinente.

MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

1. Dentro del minuto de nacido el bebé, palpar el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés, luego administrar oxitocina 10 UI IM.
2. Con pinza de esponja, pinzar el cordón cerca del perineo. Sostener el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
3. Colocar la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilizar el útero aplicando contra tracción durante la tracción controlada del cordón umbilical para evitar la inversión uterina
4. Mantener tracción leve en el cordón y esperar (2 a 3 minutos) una contracción fuerte del útero
5. Cuando el útero se vuelva globular y el cordón se alargue, hale delicadamente el cordón hacia abajo para extraer la placenta; con la otra mano continúe haciendo contra tracción sobre el útero

6. Si la placenta no desciende después de 30 a 40 segundos de tracción controlada del cordón, no continúe halando el cordón sino:
 - Sostenga el cordón y espere una nueva contracción uterina pinzando el cordón más cerca del perineo.
 - Con la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón, manteniendo la contra tracción.
7. Al expulsar la placenta ejecute los pasos indicados en el alumbramiento tradicional
8. Si no sale la placenta o se arranca el cordón, buscar ayuda inmediata para la extracción manual de la placenta

MANEJO TRADICIONAL DEL ALUMBRAMIENTO

Si no se está seguro de poner en práctica el alumbramiento dirigidlo, seguir los pasos para el alumbramiento tradicional.

1. Expulsado el bebé y pinzado el cordón deja colgando un asa y pone el extremo pinzado del cordón encima del campo que cubre el abdomen de la paciente
2. Observa los signos de desprendimiento placentario:
 - Descenso espontáneo del cordón
 - Salida de sangre por la vagina
 - Ascenso del fondo uterino
 - Cambio de forma del útero de discoidal a globular y contraído
 - Inclinación del útero hacia el lado derecho de la paciente
3. Presiona el fondo uterino con la palma de una mano y con la otra hala el cordón firme pero suavemente
4. Al expulsarse la placenta la sostiene con las dos manos y la hace girar retorciendo las membranas y halando para completar la extracción.
5. Sostiene la placenta por el lado fetal (observa la cara materna) en ambas manos empozadas y cuenta los cotiledones observando si falta alguna porción de la placenta.
6. Examina las membranas y revisa los bordes de la ruptura buscando vasos cercenados que indican la presencia de un cotiledón aberrante.
7. Deposita la placenta en el depósito y verifica que el útero esté contraído.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Allach EE. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics.
2. Cervantes R. Guía de procedimientos en Ginecología y Obstetricia. Curso: Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. USMP 2005. Lima, Perú (circulación interna).
3. Cunningham FG, et al. Williams Obstetrics. 21th Edition. Mc Graw Hill. USA. 2001.
4. OMS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. OMS, FNUAP, UNICEF, BM. USA, 2002
5. Schwarcz RL, Duverges CA, Diaz AG, Fescina RH. Obstetricia. Quinta Edición. El Ateneo. Buenos Aires. Argentina 1995.