

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Albornoz-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i2.2853>

Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia obstétrica durante el puerperio inmediato y puerperio mediano

Nursing care in patients with obstetric hemorrhage during the immediate puerperium and mediate puerperium

Jhonny Paul Montes-Hinojosa

jhonnypmh42@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-7480-3960>

Elsa Josefina Albornoz-Zamora

elsaalbornoz25@gmail.com

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-1382-0596>

Raúl González-Salas

ua.raulgonzalez@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<http://orcid.org/0000-0003-1623-3709>

Neris Marina Ortega-Guevara

pg.docentenmo@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-5643-5925>

Recepción: 15 de abril 2023

Revisado: 23 de junio 2023

Aprobación: 01 de agosto 2023

Publicado: 15 de agosto 2023

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Albornoz-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

RESUMEN

Objetivo: identificar los cuidados de enfermería más adecuados para el manejo de pacientes con hemorragia obstétrica durante el puerperio inmediato y puerperio mediano.

Método: Descriptivo documental. **Resultados y conclusiones:** En vista de ello, se identificó que el manejo más recomendado es el activo para la tercera etapa de parto y el monitoreo constante para el HPP tardío. Así, se constata que los agentes uterotónicos (oxitocina en primer lugar y misoprostol como segunda opción) son el primer enfoque, junto con masajes uterinos bimanuales. Solo en caso de no ser efectivo este enfoque, se recomiendan manejos más invasivos, como el taponamiento uterino, enfoque radiológico o quirúrgico.

Descriptores: Parto Obstétrico; Salas de Parto; Hemorragia Posparto. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: to identify the most appropriate nursing care for the management of patients with obstetric hemorrhage during the immediate postpartum period and mediate postpartum period. **Method:** Documentary descriptive. **Results and conclusions:** In view of this, it was identified that the most recommended management is active for the third stage of labor and constant monitoring for late HPP. Thus, it is verified that uterotonic agents (oxytocin in the first place and misoprostol as a second option) are the first approach, together with bimanual uterine massages. Only if this approach is not effective, more invasive management is recommended, such as uterine tamponade, radiological or surgical approach.

Descriptors: Delivery, Obstetric; Delivery Rooms; Postpartum Hemorrhage. (Source: DeCS).

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Alborno-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un importante problema de salud pública; las cifras indican que afecta alrededor de 2,9 nacimientos de cada mil debido a las complicaciones perinatales ¹, y la cantidad de muertes asociadas fueron más de 300.000 en 2015, la mayoría corresponde a regiones en vías de desarrollo ². La hemorragia obstétrica constituye la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial ^{3 4 5}, con alrededor del 25 % ⁶ a 33 % ⁷ de las muertes maternas en el mundo; y aunque su control ha mejorado con los avances científicos y tecnológicos, se evidencia que existen aumentos alarmantes de en la morbilidad ^{1 6 7} debido al uso de transfusiones sanguíneas ¹.

La hemorragia posparto está definida como la pérdida de 500 ml de sangre o más dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, con independencia de su tipo ^{4 6}; se considera grave cuando representa una pérdida sanguínea de 1000 ml o superior y masiva cuando alcanza o supera los 2500 ml; sin embargo, esto es considerado como no satisfactorio dentro de la literatura reciente ⁷. Además, puede ser clasificada como primaria o tardía, con ocurrencias dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto y pasadas las 24 horas hasta las 12 semanas posteriores, respectivamente ⁷.

El puerperio corresponde al periodo posterior al parto en el cual el cuerpo entra en un estado de regresión fisiológica, y va desde el término del trabajo de parto hasta la primera menstruación; se divide en tres etapas, el inmediato, que corresponde a las 24 horas posteriores al parto; el mediato, que va hasta los siete días posteriores al parto; y el puerperio tardío, que termina en torno a la 6ta semana después del parto. Las alteraciones que ocurren en las etapas inmediata y mediata constituyen una de las principales causas de ingreso a urgencias y de mortalidad materna ⁸.

Las complicaciones que derivan de la ocurrencia de la hemorragia obstétrica van desde el shock hipovolémico, la coagulación intravascular diseminada, la insuficiencia renal, el síndrome de dificultad respiratoria aguda, entre otras ⁴. Las causas más comunes son la falla en la compresión de las arterias espirales que deriva de la atonía uterina (con en

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Alborno-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

torno al 70 % de los casos de hemorragias); se observa también como causa la retención de productos del embarazo, ruptura uterina, entre otros ⁴. En general, las muertes asociadas a la hemorragia obstétrica se encuentran asociadas a un diagnóstico y manejo inadecuados o tardíos ⁵.

En este contexto, la identificación adecuada del riesgo de hemorragia es fundamental, y constituye un aspecto del cuidado de enfermería de gran relevancia en contextos de urgencias ¹. Dentro de los posibles procedimientos que se siguen para prevenirlas y reducir su incidencia, se sugiere la administración profiláctica de agentes uterotónicos inmediatamente al finalizar el parto ^{3,6} por ello, se sugiere un manejo activo por sobre uno expectante una vez terminado el parto ⁷.

El manejo adecuado y la detección oportuna de los riesgos puede ayudar efectivamente en el resultado ⁷. Se ha identificado que existen factores de riesgo con importantes correlaciones con la hemorragia obstétrica, como los embarazos múltiples, antecedentes de hemorragia obstétrica, hipertensión inducida por la gestación, corioamnionitis, episiotomía, entre otras ⁷; otros estudios refieren a las 4T: tono, trauma, tejido y trombina, en donde se sopesan factores como la atonía uterina, laceraciones del útero, placenta retenida y coagulopatía, respectivamente ⁴. Sin embargo, no existe evidencia concluyente en torno a la mejor evaluación del riesgo y cribado inicial para prevenir dichas hemorragias ⁷.

El objetivo de este trabajo fue identificar los cuidados de enfermería más adecuados para el manejo de pacientes con hemorragia obstétrica durante el puerperio inmediato y puerperio mediato.

MÉTODO

Descriptivo documental

La población de estudio estuvo conformada por 15 artículos científicos publicados en PubMed, Scielo, Redalyc.

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Albornoz-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

Se trabajó con análisis de contenido para escrutar la información recopilada.

RESULTADOS

La HPP es una pérdida excesiva de sangre en el periodo posparto; usualmente es de vía vaginal, aunque existe posibilidad de que se presente sangrado en la cavidad abdominal⁹. Entre sus causas más comunes se encuentra la atonía uterina o placenta acreta, increta, percreta o retenida¹⁰; se identifican cuatro procesos que derivan en HPP, que pueden darse de forma combinada o por separado, que son conocidos como las 4T^{9 10}
11 12

- Atonía uterina (tono)
- Placenta retenida (tejido)
- Trauma de tracto genital (trauma)
- Trastornos de coagulación (trombina)

La HPP está definida por un sangrado excesivo en el contexto del parto, pero no existe un consenso en torno a qué cantidad de sangre constituye una medida adecuada para identificarla. Comúnmente, las instituciones de salud establecen rangos de 1500 ml o más de sangre perdida, o bien una reducción de hemoglobina de 4 g/dl posterior a la pérdida de sangre de carácter aguda en pacientes en parto o posterior a él¹³, o bien la necesidad de transfusión de cuatro o más unidades de sangre.

Es relevante considerar que se ha propuesto considerar la refractariedad como una medida también de gravedad; esta es que persista la hemorragia aun una vez dado el tratamiento usual uterotónico¹⁰.

Dentro de los factores de riesgo que se han identificado para la ocurrencia de la HPP, se tiene la atonía uterina, la tercera etapa de parto prolongada, uso de agentes tocolítics, placentación anormal (acreta, increta, percreta, inversión uterina), desprendimiento de placenta, historial previo, pacientes con obesidad, partos previos con cesárea, sepsis en puerperio, elementos retenidos en la placenta^{9 13} Estos factores es relevante tenerlos en

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Alborno-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

cuenta para un manejo preventivo de HPP, puesto que los resultados adversos pueden prevenirse adecuadamente con un manejo temprano ¹⁴ y protocolos adecuados ^{10 11}.

Identificar en contextos clínicos la HPP es difícil debido a que constatar visualmente la cantidad de sangre perdida es inexacto; además, los valores hemodinámicos no son suficientes, pues muchos cambios a nivel fisiológico asociados con el embarazo pueden ocultar la hipovolemia, retardando con ello el manejo oportuno de la HPP ⁹; existen estudios que dan cuenta de que el reconocimiento en la pérdida de sangre más efectivo se encuentra basado en la experiencia e intuición de los profesionales más que en otros marcadores ¹⁵.

CONCLUSIONES

En vista de ello, se identificó que el manejo más recomendado es el activo para la tercera etapa de parto y el monitoreo constante para el HPP tardío. Así, se constata que los agentes uterotónicos (oxitocina en primer lugar y misoprostol como segunda opción) son el primer enfoque, junto con masajes uterinos bimanuales. Solo en caso de no ser efectivo este enfoque, se recomiendan manejos más invasivos, como el taponamiento uterino, enfoque radiológico o quirúrgico.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Alborno-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

REFERENCIAS

1. Colalillo EL, Sparks AD, Phillips JM, Onyilofor CL, Ahmadzia HK. Obstetric hemorrhage risk assessment tool predicts composite maternal morbidity. *Sci Rep.* 2021;11:14709.
2. Montenegro E. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el hospital de Vitarte, año 2018 [Obstetric complications during the mediate puerperium, in relation to the new ACOG term pregnancy classification, at the Vitarte hospital, year 2018]. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2021;9(4). Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/215>
3. Sentilhes L, Winer N, Azria E, Sénat MV, Le Ray C, Vardon D, et al. Tranexamic Acid for the Prevention of Blood Loss after Vaginal Delivery. *N Engl J Med.* 2018;379(8):731-42.
4. Lindquist JD, Vogelzang RL. Pelvic Artery Embolization for Treatment of Postpartum Hemorrhage. *Semin Intervent Radiol.* 2018;35(1):41-7.
5. Shimada K, Taniguchi H, Enomoto K, Umeda S, Abe T, Takeuchi I. Hospital transfer for patients with postpartum hemorrhage in Yokohama, Japan: a single-center descriptive study. *Acute Med Surg.* 2021;8(1):e716.
6. Sentilhes L, Daniel V, Deneux-Tharaux C. TRAAP2 - TRAnexamic Acid for Preventing postpartum hemorrhage after cesarean delivery: a multicenter randomized, doubleblind, placebo- controlled trial – a study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20:63.
7. Muñoz M, Stensballe J, Ducloy-Bouthors AS, Bonnet MP, De Robertis E, Fornet I, et al. Patient blood management in obstetrics: prevention and treatment of postpartum haemorrhage. A NATA consensus statement. *Blood Transfus.* 2019;17(2):112-36.
8. Espinoza LIN, León CJQ, Calle BDS, Reyes JGM, Llanes YEO, Jaramillo DAC, et al. Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013 [Complications of the immediate puerperium in patients treated at the Gynecology and Obstetrics Service of the Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca-2013]. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.* 2019;14(2):205-12.

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Alborno-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

9. Trikha A, Singh PM. Management of major obstetric haemorrhage. *Indian J Anaesth.* septiembre de 2018;62(9):698-703.
10. Henriquez DDCA, Bloemenkamp KWM, van der Bom JG. Management of postpartum hemorrhage: how to improve maternal outcomes? [published online ahead of print, 2018 Jun 8]. *J Thromb Haemost.* 2018;10.1111/jth.14200. doi:[10.1111/jth.14200](https://doi.org/10.1111/jth.14200)
11. Atallah F, Goffman D. Improving Healthcare Responses to Obstetric Hemorrhage: Strategies to Mitigate Risk. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020;13:35-42.
12. Rangel R de CT, Souza M de L de, Bentes CML, Souza ACRH de, Leitão MN da C, Lynn FA. Care technologies to prevent and control hemorrhage in the third stage of labor: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3165.
13. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico [Postpartum hemorrhage: nursing professional interventions and treatment to prevent hypovolemic shock]. *rev.cuid,* 2022;1-18.
14. Giblin L, Vousden N, Nathan H, Gidiri F, Goudar S, Charantimath U, et al. Effect of the CRADLE vital signs alert device intervention on referrals for obstetric haemorrhage in low-middle income countries: a secondary analysis of a stepped-wedge cluster-randomised control trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):317.
15. Hancock A, Weeks AD, Furber C, Campbell M, Lavender T. The Recognition of Excessive blood loss At Childbirth (REACT) Study: a two-phase exploratory, sequential mixed methods inquiry using focus groups, interviews and a pilot, randomised crossover study. *BJOG.* 2021;1843-54.

Jhonny Paul Montes-Hinojosa; Elsa Josefina Albornoz-Zamora; Raúl González-Salas; Neris Marina Ortega-Guevara

2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).