

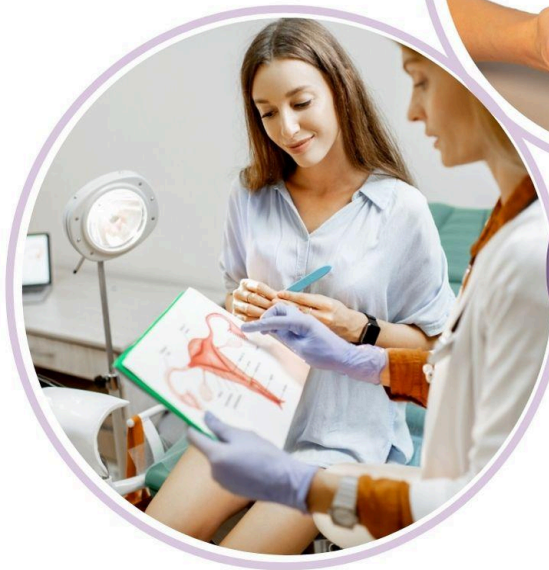


Impulsa tu
trayectoria
médica

Fundamentos de Ginecología Clínica Vol 1

Autor:

Jonnathan Dario Andrade Morales



Fundamentos de Ginecología Clínica Vol 1

Fundamentos de Ginecología Clínica Vol 1

Jonnathan Dario Andrade Morales

IMPORTANTE

La información contenida en este documento no tiene como objetivo sustituir el asesoramiento profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y tratamiento de cualquier condición particular, se recomienda encarecidamente consultar a un especialista certificado. La interpretación y uso de la información proporcionada es responsabilidad del lector.

Los artículos recopilados en este documento son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores. La entidad que publica este documento no se hace responsable de la veracidad ni de la exactitud de los contenidos presentados por terceros.

ISBN: 978-9942-660-69-5

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-660-69-5>

Una producción de Meditips. En colaboración con Privileg CIA LTDA

Julio 2024

Quito, Ecuador

<https://www.meditips.org/>

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, difusión, divulgación pública o modificación de esta obra solo puede llevarse a cabo con la autorización de sus propietarios, salvo las excepciones contempladas por la ley.



Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Hemorragia Postparto	7
Jonnathan Dario Andrade Morales	7

Prólogo

Esta obra representa el resultado del esfuerzo colaborativo de un distinguido grupo de profesionales de la medicina. Su objetivo es proporcionar a la comunidad científica de Ecuador y del mundo un compendio exhaustivo y sistematizado de las patologías más frecuentes en los servicios de atención primaria. Este tratado está diseñado para ser una referencia esencial que todo médico general debe dominar, facilitando así la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria.

MSc. Daniela Montenegro

CEO – Coordinadora Académica Meditips

Hemorragia Postparto

Jonnathan Dario Andrade Morales

Médico por la Universidad De Cuenca

Médico General En Primer Nivel De Atención

Introducción

La hemorragia postparto (HPP) representa una de las emergencias obstétricas más graves y una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. A pesar de los avances en la atención perinatal y las estrategias preventivas, la HPP sigue contribuyendo significativamente a la carga de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva, particularmente en países de bajos y medianos ingresos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la HPP es responsable de aproximadamente el 27% de todas las muertes maternas globales, una cifra alarmante que subraya la necesidad de una intervención efectiva y oportuna. (1)

Definición

La hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida de sangre excesiva que ocurre tras el parto. Tradicionalmente, la HPP se clasifica en dos categorías basadas en el momento de la aparición y la cantidad de sangre perdida:

HPP Primaria (Inmediata): Ocurre en las primeras 24 horas después del parto. Según el consenso internacional, se considera HPP primaria cuando la pérdida sanguínea supera los 500 ml tras un parto vaginal o los 1000 ml tras una cesárea. Esta categoría es la más común y representa la mayoría de los casos de HPP.

HPP Secundaria (Tardía): Se presenta entre las 24 horas y las 12 semanas postparto. Aunque menos frecuente que la HPP primaria, la HPP secundaria puede tener causas subyacentes serias que requieren atención médica urgente. (2)

Epidemiología

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 27% de las muertes maternas globales se deben a HPP, lo que la convierte en la principal causa de muerte en el periodo postparto inmediato . La incidencia de HPP varía

considerablemente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, influenciada por factores como el acceso a la atención obstétrica de emergencia, la calidad del cuidado prenatal y las prácticas obstétricas prevalentes.

Incidencia Global

Países en desarrollo: La HPP es responsable de una proporción significativa de las muertes maternas en estos países, donde la falta de recursos, la infraestructura médica deficiente y las barreras socioeconómicas limitan el acceso a la atención de salud adecuada. La incidencia de HPP en estos contextos puede ser tan alta como 1-5% de todos los partos .

Países desarrollados: Aunque la mortalidad materna es considerablemente menor en los países desarrollados, la HPP sigue siendo una preocupación importante. La incidencia de HPP se estima entre 1-3% de todos los partos, con una tendencia creciente en algunos países debido a factores como el aumento en la edad materna,

la prevalencia de cesáreas y el uso de tecnologías de reproducción asistida. (3)

Etiología

Las causas de HPP se suelen clasificar en cuatro categorías principales, conocidas como las "4T":

Tono (atonía uterina): La atonía uterina es la causa más común de HPP, responsable de aproximadamente el 70% de los casos. Se produce cuando el útero no se contrae adecuadamente después del parto, lo que impide la compresión de los vasos sanguíneos en el sitio de implantación placentaria.

Trauma: Incluye desgarros del canal del parto, del útero, del cérvix o de la vagina, así como la inversión uterina. El trauma obstétrico puede ser resultado de partos instrumentales, macrosomía fetal, o maniobras obstétricas durante el parto.

Tejido (retención de tejidos): La retención de fragmentos placentarios o de las membranas fetales

puede impedir la adecuada contracción uterina y causar hemorragia. También pueden presentarse anomalías placentarias como la placenta acreta, increta o percreta.

Trombina (coagulopatías): Incluyen trastornos de la coagulación preexistentes (como la enfermedad de von Willebrand) o adquiridos (como la coagulación intravascular diseminada). Las coagulopatías pueden complicar la HPP y dificultar su manejo. (4)

Manifestaciones Clínicas

La hemorragia postparto (HPP) puede presentarse de manera insidiosa o abrupta, y su detección temprana es crucial para el manejo efectivo. Las manifestaciones clínicas varían en función de la cantidad de sangre perdida y la rapidez con la que ocurre la hemorragia. A continuación se describen las principales manifestaciones clínicas de la HPP:

Signos y Síntomas Iniciales

Sangrado Vaginal Abundante: La característica más obvia de la HPP es la hemorragia vaginal intensa. Puede

ser continua o intermitente y se presenta generalmente dentro de las primeras 24 horas postparto (HPP primaria). En la HPP secundaria, puede ocurrir días o semanas después del parto.

Útero Blando y Atonía Uterina: En los casos de atonía uterina, el útero se siente blando y flácido a la palpación. No se contrae adecuadamente, lo cual es la causa más común de HPP.

Dolor Abdominal: Puede estar presente si la hemorragia está asociada con la retención de productos placentarios, infecciones o trauma.

Coágulos Sanguíneos: La expulsión de grandes coágulos sanguíneos puede ser un indicio de HPP, especialmente si ocurre en combinación con otros síntomas de atonía uterina.

Signos de Hipovolemia

Taquicardia: A medida que el volumen sanguíneo disminuye, el corazón aumenta su frecuencia para

mantener el gasto cardíaco. Una frecuencia cardíaca elevada es uno de los primeros signos de hipovolemia.

Hipotensión: La presión arterial puede bajar como resultado de la disminución del volumen sanguíneo circulante. La hipotensión es un signo tardío y preocupante de hipovolemia.

Palidez y Diaforesis: La piel puede volverse pálida y húmeda debido a la vasoconstricción periférica y la activación del sistema nervioso simpático en respuesta a la pérdida de sangre.

Disminución de la Diuresis: La oliguria (producción de orina <30 ml/hora) es un signo de hipoperfusión renal y un indicador crítico de shock hipovolémico.

Alteración del Estado Mental: La disminución del flujo sanguíneo al cerebro puede causar confusión, agitación, o pérdida de la conciencia en casos severos.

(5)

Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia postparto (HPP) se basa en la identificación temprana de signos clínicos de hemorragia y en la evaluación precisa de la cantidad de sangre perdida. Dada la importancia de una intervención rápida, el diagnóstico requiere una combinación de observación clínica, mediciones objetivas y pruebas diagnósticas.

Evaluación Clínica

1. Cuantificación de la Pérdida Sanguínea:

- **Estimación Visual:** Aunque comúnmente utilizada, la estimación visual es propensa a errores y generalmente subestima la pérdida real de sangre.
- **Métodos Objetivos:** Se recomienda la cuantificación mediante el pesaje de compresas y campos quirúrgicos antes y después de su uso, así como la medición del volumen de sangre recolectada en receptáculos calibrados.

2. **Signos Vitales:**

- **Frecuencia Cardíaca:** La taquicardia es uno de los primeros signos de hipovolemia.
- **Presión Arterial:** La hipotensión es un signo tardío de pérdida sanguínea significativa.
- **Frecuencia Respiratoria:** La taquipnea puede indicar compensación por hipovolemia.
- **Estado Mental:** La confusión, la inquietud y la somnolencia son signos de hipoperfusión cerebral.

3. **Examen Físico:**

- **Palpación Uterina:** Un útero blando y no contraído sugiere atonía uterina.
- **Revisión del Canal del Parto:** Evaluar la presencia de laceraciones, hematomas o retención de tejido placentario.

Pruebas Diagnósticas

1. Laboratorio:

- **Hemograma Completo:** Evaluar los niveles de hemoglobina y hematocrito para determinar la severidad de la anemia.
- **Perfil de Coagulación:** Incluye tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) y niveles de fibrinógeno para detectar coagulopatías.
- **Pruebas de Función Renal y Hepática:** Para evaluar el impacto sistémico de la hipovolemia y la hemorragia.
- **Tipificación Sanguínea y Pruebas Cruzadas:** Preparar para posibles transfusiones.

2. Imágenes Diagnósticas:

- **Ultrasonido Pélvico:** Utilizado para identificar restos placentarios, hematomas retroplacentarios y otras anomalías intrauterinas.

- **TAC o RM:** Pueden ser necesarias en casos complejos para evaluar hematomas pélvicos o retroperitoneales extensos. (6)

Abordaje Diagnóstico en Situaciones Específicas

1. **Atonía Uterina:** Confirmada por un útero blando al tacto que no se contrae adecuadamente. El manejo inicial incluye el masaje uterino y la administración de uterotónicos.
2. **Retención de Tejidos:** Indicada por la presencia de tejido placentario visible en la cavidad uterina o un ultrasonido que muestra restos placentarios. El tratamiento puede requerir la extracción manual o quirúrgica de los restos.
3. **Trauma Obstétrico:** Desgarros del canal del parto, cérvix o vagina identificados mediante inspección visual y palpación. La reparación quirúrgica es generalmente necesaria.
4. **Coagulopatías:** Sospechadas en casos de sangrado difuso sin una fuente obvia o en pacientes con antecedentes de trastornos de la coagulación. Requiere manejo especializado con

productos sanguíneos y corrección de los factores de coagulación.

Manejo Inmediato

El diagnóstico de HPP debe ir acompañado de medidas inmediatas para controlar la hemorragia y estabilizar a la paciente:

1. **Reposición de Volumen:** Iniciar rápidamente la administración de cristaloides y considerar la transfusión de hemoderivados según la pérdida sanguínea y los resultados de laboratorio.
2. **Uterotónicos:** Administración de oxitocina, ergometrina, misoprostol o prostaglandinas para promover la contracción uterina.
3. **Intervenciones Quirúrgicas:** En casos refractarios, considerar la sutura compresiva de B-Lynch, la ligadura de arterias uterinas o la embolización arterial. La histerectomía puede ser necesaria en hemorragias incontrolables. (7)

Tratamiento

El tratamiento de la hemorragia postparto (HPP) requiere un abordaje multidisciplinario y oportuno para evitar complicaciones graves y mejorar los resultados maternos. Las estrategias de tratamiento pueden clasificarse en medidas preventivas, manejo médico, intervenciones quirúrgicas y manejo de coagulopatías.

Medidas Preventivas

1. **Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATP):**

- **Oxitocina:** Administrar 10 unidades de oxitocina intramuscular o intravenosa inmediatamente después del nacimiento del bebé.
- **Tracción Controlada del Cordón Umbilical:** Para facilitar el alumbramiento de la placenta.
- **Masaje Uterino:** Tras la expulsión de la placenta para promover la contracción uterina.

2. Identificación de Factores de Riesgo:

- **Historia Clínica:** Identificar antecedentes de HPP, partos múltiples, macrosomía fetal, entre otros.
- **Evaluación Prenatal:** Monitoreo y manejo de condiciones como la preeclampsia y los trastornos de coagulación.

Manejo Médico

1. Uterotónicos:

- **Oxitocina:** Primera línea de tratamiento. Administrar en bolus o infusión continua.
- **Ergometrina:** 0.2 mg intramuscular o intravenosa, contraindicada en pacientes con hipertensión.
- **Misoprostol:** 600-1000 mcg vía oral, sublingual o rectal.
- **Carboprost:** 250 mcg intramuscular, puede repetirse cada 15-90 minutos hasta un máximo de 8 dosis. Útil en casos de atonía uterina refractaria.

2. **Reposición de Volumen:**

- **Cristaloides:** Infusión rápida de solución salina normal o Ringer lactato.
- **Hemoderivados:** Transfusión de concentrados de glóbulos rojos, plasma fresco congelado, y plaquetas según los resultados de laboratorio y la pérdida sanguínea estimada.

3. **Agentes Antifibrinolíticos:**

- **Ácido Tranexámico:** 1 g intravenoso, puede repetirse si la hemorragia persiste. Evidencia sugiere reducción de la mortalidad materna si se administra temprano.

Intervenciones Quirúrgicas

1. **Revisión Manual de la Cavidad Uterina:** Para eliminar restos placentarios o evaluar la presencia de adherencias.
2. **Taponamiento Uterino:**
 - **Balón de Bakri:** Dispositivo de taponamiento uterino que se inserta y se

infla con solución salina para aplicar presión directa en el sitio de sangrado.

- **Empaque Uterino:** Uso de gasas para taponar la cavidad uterina.

3. **Suturas Compresivas:**

- **Sutura de B-Lynch:** Técnica quirúrgica que envuelve y comprime el útero para controlar la hemorragia.

4. **Ligadura de Arterias:**

- **Ligadura de Arterias Uterinas o Hipogástricas:** Para reducir el flujo sanguíneo al útero.
- **Embolización Arterial:** Procedimiento radiológico intervencionista para ocluir selectivamente las arterias uterinas.

5. **Histerectomía:**

- **Histerectomía de Emergencia:** Considerada como último recurso en casos de hemorragia incontrolable. Puede ser subtotal o total, dependiendo de la situación clínica.

Manejo de Coagulopatías

1. Reposición de Factores de Coagulación:

- **Plasma Fresco Congelado (PFC):** Para reponer factores de coagulación deficientes.
- **Crioprecipitado:** Ricos en fibrinógeno, útiles en la corrección de hipofibrinogenemia.
- **Concentrados de Plaquetas:** En casos de trombocitopenia significativa.

2. Monitorización y Corrección de Parámetros Hemodinámicos y de Coagulación:

- **Pruebas de Coagulación:** Monitoreo continuo de tiempos de protrombina (TP), tiempos de tromboplastina parcial activada (TTPa), y niveles de fibrinógeno.
- **Reposición de Calcio:** En casos de hipocalcemia secundaria a transfusiones masivas.

Seguimiento y Cuidados Postparto

1. Monitoreo Continuo:

- **Signos Vitales:** Monitorización estrecha de la frecuencia cardíaca, presión arterial, y diuresis.
- **Evaluación Clínica Regular:** Palpación uterina para asegurar la adecuada involución del útero.

2. Apoyo Psicológico:

- **Consejería:** Evaluación y apoyo psicológico para la paciente y su familia tras un evento de HPP severo.

3. Educación y Planificación Familiar:

- **Información:** Proporcionar a la paciente información sobre los riesgos en futuros embarazos y las opciones de planificación familiar. (8)

Conclusiones

La HPP sigue siendo una emergencia obstétrica crítica que requiere una detección temprana y un manejo agresivo para prevenir consecuencias graves. Las

estrategias preventivas y terapéuticas efectivas pueden reducir significativamente la morbilidad y mortalidad asociadas. Es esencial la formación continua del personal obstétrico y la implementación de protocolos estandarizados para mejorar los resultados maternos.

Bibliografía

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Causas globales de muerte materna: un análisis sistemático de la OMS. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6)
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto. Ginebra: OMS; 2012.
3. Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Ford JB, et al. Tendencias en la hemorragia postparto en países de altos recursos: una revisión y recomendaciones para la acción. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;202(5)
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevención y manejo de la hemorragia postparto: Directriz Green-top No. 52. *BJOG*. 2016;124
5. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento de la hemorragia postparto primaria. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1)
6. McLintock C, James AH. Hemorragia obstétrica. *J Thromb Haemost*. 2011;9(8):1441-1451.

7. Rath W. Prevención y manejo de la hemorragia postparto en países en desarrollo y desarrollados. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284(4):815-823.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Manejo de la hemorragia postparto. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4)

