



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2022-2023
Trabajo de Fin de Grado

HEMORRAGIA

PUERPERAL

PRECOZ Y TARDIA

Alumna: BEATRIZ RAMOS GARCÍA

Tutor/a: SOFÍA ÁLVAREZ VALVERDE

RESUMEN

Introducción: La hemorragia postparto se define como la pérdida de sangre de 500ml o más en las primeras veinticuatro horas, o de 1000ml después de una intervención quirúrgica por cesárea. Sus causas son multifactoriales. Se diferencia en dos tipos, precoz y tardía.

La hemorragia precoz o primaria es aquella que sucede en las primeras veinticuatro horas después del parto y la tardía o secundaria es aquel sangrado excesivo produciéndose en las veinticuatro horas después del parto y hasta las siguientes seis semanas postparto.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo y el tratamiento de la hemorragia puerperal.

Material y métodos: El presente trabajo trata de una revisión sistemática de artículos relacionados con la hemorragia puerperal precoz y tardía, buscando información en las siguientes bases de datos: PubMed, Elsevier, Scielo, Cuiden, CINALH, Cochrane Plus, Cochrane Library.

Se han utilizado los operadores booleanos AND y OR. Los filtros empleados en este proceso fueron: revisión sistemática, últimos 10 años, como idiomas inglés y español y categorías de revistas: revistas de enfermería.

Resultados: Se han seleccionado 10 artículos que demuestran la eficacia del tratamiento, así como la prevención con otros medios no farmacológicos como ha sido la lactancia materna y el método canguro.

Las causas más destacadas han sido la retención de restos placentarios, desprendimiento de la placenta, placenta previa, trabajo de parto mayor de 12 horas, recién nacido con un peso mayor de cuatro kilos y embarazos múltiples.

Conclusión: Enfermería tiene un papel clave en la prevención y detección precoz ante los primeros síntomas en la hemorragia, a través de los conocimientos sociodemográficos y clínicos de la gestante.

El trabajo en primera línea con las pacientes requiere de actualización sobre el tema en la administración de los fármacos utilizados y seguimiento activo de las mismas.

Palabras clave: hemorragia, postparto, puerperal, tardía, precoz, embarazada.

SUMMARY

Introduction: Postpartum haemorrhage, characterized by the exsanguination of 500ml or more within the initial twenty-four hours, or 1000ml after a surgical intervention such as a cesarean section, is a complex phenomenon with multifactorial etiology.

It can be categorized into two distinct classifications: early postpartum haemorrhage and late postpartum haemorrhage. Early, also known as primary, haemorrhage transpires within the initial twenty-four hours following delivery, while late, or secondary, haemorrhage pertains to excessive bleeding that transpires between twenty-four hours and six weeks postpartum.

Objective: To analyze the risk factors and treatment of postpartum hemorrhage.

Material and methods: A comprehensive systematic review was undertaken, encompassing a thorough search for articles pertaining to both early and late postpartum haemorrhage. The research involved querying multiple databases, including PubMed, Elsevier, Scielo, Cuiden, CINALH, Cochrane Plus, and Cochrane Library. Boolean operators AND and OR were skilfully employed to refine and expand the search criteria.

The filters utilized in this process encompassed specific criteria, including a systematic review approach, articles published within the last 10 years, inclusion of both English and Spanish languages, and a focus on journal categories related to nursing.

Results: A total of ten articles were meticulously chosen, highlighting the efficacy of treatment and preventive measures utilizing non-pharmacological methods such as breastfeeding and Kangaroo method. The primary causes of postpartum haemorrhage were identified as retained placental tissue, placental abruption, placenta previa, prolonged labour exceeding 12 hours, new-borns weighing over four kilograms, and multiple pregnancies.

Conclusion: Nursing assumes a vital role in the prevention and early identification of initial haemorrhage symptoms through the application of comprehensive sociodemographic and clinical knowledge regarding pregnant individuals. Active engagement with patients necessitates ongoing proficiency in the administration of relevant medications and vigilant patient monitoring.

Keywords: hemorrhage, postpartum, puerperal, late, early, pregnant.

INDICES

Índice de contenidos

1. Introducción.....	1
1.1 Justificación.....	2
2. Pregunta de investigación.....	3
2.1 Estrategia de búsqueda: PICOT.....	3
3. Objetivos.....	3
3.1 Objetivo principal.....	3
3.2 Objetivos específicos.....	3
4. Material y método.....	4
5. Resultados.....	5
5.1 Diagrama de flujo.....	10
6. Discusión.....	11
6.1 Comparación de los estudios.....	11
6.2 Limitaciones.....	12
6.3 Fortalezas.....	12
6.4 Aplicación a la práctica clínica.....	13
6.5 Futura línea de investigación.....	13
7. Conclusiones.....	14
8. Bibliografía.....	15
9. Anexos.....	19

Índice de tablas

Tabla 1.....	3
Tabla 2.....	19

Índice de figuras

Figura 1.....	10
---------------	----

1. INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto se define como la pérdida de sangre de 500ml o más en las primeras veinticuatro horas, o de 1000ml después de una intervención quirúrgica por cesárea. Es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. En la actualidad, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad con el uso de fármacos oxitócicos han hecho que su incidencia no supere el 5% (algunos análisis estadísticos calculan cifras en torno al 1%), con lo cual, estas cifras van a corresponden a países desarrollados. De todas formas, sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable (1)

Es la principal causa de mortalidad materna en países en desarrollo y la causa primaria de casi un cuarto de todas las muertes maternas en el mundo entero. La mayoría de ellas suceden en las primeras veinticuatro horas después del parto y muchas podrían evitarse con la utilización de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado. (2)

Se diferencia en dos tipos, precoz y tardía. La hemorragia precoz o primaria es aquella que sucede en las primeras veinticuatro horas después del parto y la tardía o secundaria, es aquel sangrado excesivo produciéndose en las veinticuatro horas después del parto y hasta las siguientes seis semanas postparto. Sus causas son multifactoriales y más adelante las enumero y las describo. (3)

En 2020 la mortalidad materna en países con ingresos bajos ha sido de 430 por 100.000 nacidos vivos, entre tanto en países con ingresos altos fue de 12 por 100.000. La probabilidad de que una mujer joven fallezca en países subdesarrollados es de 1 de 49, frente a las de países con ingresos altos que es de 1 de 5.300. La hemorragia severa, entre otras es una de las mayores complicaciones representando el 75% de dichas muertes. (4)

La incidencia en España suele ser moderada, estimándose en 7,15 mujeres entre 100.000 recién nacidos vivos, considerando la hemorragia obstétrica del 23,07%, está se puede repetir en varios partos. (5)

El sangrado puerperal es considerado una emergencia obstétrica y es la principal causa por la que las pacientes puérperas necesitan de unos cuidados en una unidad de cuidados intensivos. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han elaborado unas guías de actuación, protocolos y consentimientos informados para promover la prevención de la morbimortalidad materno – fetal debido a las hemorragias obstétricas. (6)

Conforme con la OMS en el año 2005 las hemorragias puerperales graves ocupan un 25% de las hemorragias totales, ocupando el primer lugar, independiente del nivel de ingresos de los países. Mientras que un estudio realizado por la FIGO, la tasa de hemorragia postparto está entre el 30% - 50%. (6)

Durante el presente trabajo se estudiarán los diferentes factores más importantes para que se produzca una hemorragia obstétrica y su tratamiento más adecuado, para así mejorar la atención y cuidados hacia las pacientes en un momento crítico del postparto, tanto en colaboración con el resto del equipo multidisciplinar, como dentro de las competencias propias de la enfermería.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Durante esta revisión sistemática se comparará el riesgo que tienen todas las pacientes embarazadas a la hora del trabajo de parto de padecer esta complicación, conocida como hemorragia puerperal.

Los cuidados de enfermería presentan una íntima relación con la evolución, mejorando las condiciones de vida de este tipo de pacientes. Por lo que los protocolos, diagnósticos, tratamiento y actuaciones de la enfermería, como entre otras puede ser la prevención, serán una parte clave de la investigación.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la evidencia actual sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia puerperal?

2.1 Estrategia de búsqueda: PICOT

Tabla 1. Desarrollo del esquema picot

P (Paciente)	Mujeres durante el postparto.
I (Intervención)	Recabar la información sobre las diferentes intervenciones de enfermería en la hemorragia postparto.
C (Comparador)	No procede.
O (Outcome - resultados)	Prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal.
T (Tiempo)	Un mes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

- Analizar los factores de riesgo y el tratamiento de la hemorragia postparto.

3.2 Objetivos específicos

- Comparar las características sociodemográficas en la incidencia de la hemorragia puerperal.
- Describir los diferentes niveles de tratamiento en la hemorragia puerperal
- Indicar los beneficios de la lactancia materna sobre la hemorragia obstétrica.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo trata de una revisión sistemática de artículos relacionados con la hemorragia puerperal precoz y tardía, buscando información en las siguientes bases de datos: PubMed, Elsevier, Scielo, Cuiden, CINALH, Cochrane Plus, Cochrane Library. Se han utilizado los operadores booleanos AND y OR. Las palabras clave a partir de las cuales se ha hecho la búsqueda son: “hemorragia”, “postparto”, “puerperal”, “tardía”, “precoz” y “embarazada”.

Los filtros empleados en este proceso fueron: revisión sistemática, últimos 10 años, como idiomas inglés y español y categorías de revistas: revistas de enfermería. Scielo únicamente ha sido utilizado para buscar una definición de hemorragia puerperal para introducir el tema y clarificar el concepto y diferenciar entre los tipos de hemorragia puerperal.

Algunos de los criterios de inclusión empleados son: que el texto contenga las tres palabras clave y que esté en algunos de los idiomas citados.

La base de datos principal de esta revisión ha sido PubMed. Sin aplicar criterios de exclusión se encontraron 1864 artículos. Añadiendo el filtro de texto completo la cifra se redujo a 1.794. De todos ellos sólo encontramos 1.001 textos completos gratis de los cuales tan solo estaban relacionados con revisión sistemática 72. Por último, limite la búsqueda a los últimos 10 años obteniendo como resultado final 68 artículos. La criba por título acotó la búsqueda final.

La siguiente fuente de información fue Cochrane. Las palabras clave en este caso fueron “hemorragia” y “postparto”. se obtuvieron 74 artículos. Al aplicar el filtro “Tema de Salud: embarazo y parto”, se redujo la cifra a 69 artículos. Al aplicar el filtro “últimos 10 años”, se redujo la cifra a 58 artículos. De todos ellos que eran muy similares, realice una selección de los más relevantes para la investigación.

Otras fuentes utilizadas han sido: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Organización mundial de la salud, Nice, Optudate.

Herramientas: para la evaluación de los artículos seleccionados se han utilizado los grados de evidencia y niveles de recomendación de Joanna Briggs.

5. RESULTADOS

Se ha realizado una síntesis de cada uno de los artículos seleccionados para obtener los datos y poder llevar a cabo la investigación.

El motivo principal de hemorragia obstétrica es la atonía uterina, contribuyendo a un 80% de los casos, debiéndose a un mayor número de cesáreas, realizadas por un aumento de casos de placenta acreta, produciendo un aumento de la incidencia en el sangrado. Otras causas son los partos múltiples y las gestantes multíparas, pudiendo causar un mayor riesgo de sangrado después del parto. (7)

La mortalidad materna va descendiendo, aunque en países como Colombia sigue siendo una de las más altas, asociado a factores tan importantes como es la pobreza en ese país, algunos de otros factores son la falta de acceso a la sanidad, la mala calidad que hay en la atención sobre todo prenatal, en la baja cobertura tanto institucional, como atención y calidad durante el puerperio. Se realizó un estudio en el que en Colombia representa un 33% de las muertes maternas por hemorragia postparto, en lo que esto conlleva un mayor gasto para el sistema sanitario, siendo notable identificar los problemas para disminuir los efectos. Estos países necesitan de orientación basada en pruebas en evidencia científica para mejorar los resultados y regirse por unos protocolos bien estudiados. (7)

Las primordiales causas de morbilidad y mortalidad en la mujer puérpera es la pérdida de sangre que ocurre inmediato al parto, en cambio en la hemorragia secundaria, el porcentaje suele ser más bajo. Se ha estimado que en países desarrollados la incidencia de hemorragia postparto secundaria es de 0,47 – 1%. En 2015 se realizó un estudio a la población francesa había una incidencia del 0.23%, pudiendo deberse esta incidencia ya que no se pudo en el estudio realizado, cuantificar con claridad precisa el sangrado. Más adelante se repitió el estudio pudiendo realizar mejor el proyecto y se encontró un resultado del 18,5% de los casos. (8)

Los factores de riesgo más comunes son: atonía uterina como puede ser por: trabajo de parto mayor de 12 horas, recién nacido con un peso mayor de cuatro kilos y por embarazos múltiples. Por problemas de placenta como puede ser:

retención de placenta, desprendimiento de la placenta y placenta previa. Traumatismo en el tracto genital o en el útero ya sea por ser parto instrumentado, o por ruptura uterina. Por coagulopatías como: hígado graso agudo en el embarazo, sepsis materna o embolia de líquido amniótico. (9)

A parte de los factores de riesgo mencionados con anterioridad como son los riesgos maternos como la edad, alto peso del recién nacido al nacer, los relacionados con el trabajo del parto, hay una gran importancia en los factores de riesgo sociodemográficos siendo grandes predictores de la hemorragia puerperal, en estos casos la profilaxis adecuada debería ser considerada una importante actuación a seguir. Se debe tener en cuenta que también puede producirse una hemorragia sin haber con anterioridad alguna circunstancia detectable, la mayoría de los uterotónicos parecen tener un efecto similar. (9)

Las causas más frecuentes de la hemorragia tardía suelen ser, desgarro, retención placentaria o de membranas o infección por que permanezcan en el interior restos placentarios, evitando que el útero se contraiga. Todo ello conlleva a dolor y cansancio excesivo. Se desconoce la incidencia, pero en los países de bajos ingresos es la causa más grave de mortalidad materna. En los países con ingresos más altos el 2% de las mujeres son ingresadas de forma hospitalaria. (10)

El tratamiento debe comenzar con unas medidas generales seguido de unas medidas de primera línea. Estas intervenciones deben ser tanto farmacológicas como manuales llevándose a cabo de una forma precoz, no excediéndose de más de treinta minutos. (11)

La primera actuación ante una hemorragia precoz va a ser la reposición de líquidos cristaloides vía intravenosa y es muy importante el tener canalizadas dos vías venosas periféricas de mayor calibre, la administración debe ser rápida con suero fisiológico 0,9% y solución Ringer lactato. El volumen que se debe administrar no puede superar los 3,5 litros, ya que si se supera puede conllevar a una coagulopatía dilucional. (11)

El tratamiento de primera línea debe incluir uterotónicos. Las intervenciones quirúrgicas, si se requieren, deben realizarse sin demora, aunque se debe considerar el taponamiento uterino preoperatorio debido a su alta efectividad,

conocido como balón de Braki. Se debe evaluar de forma precisa la pérdida de sangre y así reducir el estrés. (12)

El ácido tranexámico, es un fármaco antifibrinolítico que se usa para retardar la descomposición de los coágulos sanguíneos y ayuda a prevenir el sangrado prolongado. Es eficaz para reducir las muertes maternas por hemorragia. La Organización Mundial de la Salud ha ido incluyendo el ácido tranexámico intravenoso dentro de las 3 horas posteriores al nacimiento como parte del manejo estándar de la hemorragia puerperal, independientemente de cuál sea la causa del sangrado. (13)

El fármaco conocido como amchafibrin es utilizado para reducir la muerte materna por hemorragia postparto. Lo que hace es frenar el sangrado al inhibir la descomposición enzimática de los coágulos sanguíneos de la fibrina. Se trata de un análogo del aminoácido lisina, pudiendo administrarse tanto por vía oral como por la vía intravenosa, obteniéndose con rapidez concentraciones plasmáticas de ácido tranexámico. Este fármaco se excreta por la orina y su vida de eliminación es alrededor de las tres horas. (14)

El tratamiento va a incluir administración de medicamentos para tratar esa infección y controlar la hemorragia. Los estudios realizados han comparado un tratamiento individual con otro, también combinaciones de tratamientos con otros y cualquier tratamiento individual o combinación con un grupo de placebo o sin tratamiento. Por lo que no se identificaron ensayos, no habiendo buenas pruebas en las que basar la orientación. Se necesita un ensayo bien diseñado para este tipo de investigación. (15)

Para prevenir una hemorragia obstétrica se utiliza oxitocina en la tercera fase del trabajo de parto, este fármaco reduce el riesgo de pérdidas importantes de sangre, con un intervalo de confianza del 95%. Se trata de un uterotónico profiláctico realizando también un clampaje temprano del cordón umbilical y controlar el arrastre del cordón para facilitar la salida de la placenta. El medicamento syntocinon en comparación con otros fármacos uterotónicos o un placebo reduce el riesgo de pérdida de sangrado de 500ml después del parto, reduciendo así el uso de uterotónicos adicionales. (16)

Se ha evidenciado que la oxitocina va a aumentar el tiempo de la tercera etapa de parto, treinta minutos más aproximadamente, aumentando así el riesgo de retención placentaria y que se deba extraer de forma manual. Se asocia también a un menor riesgo de vómitos durante el parto y los dolores de cabeza está todavía por realizar un estudio más amplio sobre este tema. (16)

La lactancia materna tiene muchos beneficios tanto para el neonato como para la madre. Los aspectos positivos considerados para la mujer es que la recuperación después del parto es más rápida, se crea un gran vínculo hijo – madre, previene de las depresiones postparto, ayuda a quemar calorías lo que va a conllevar a una recuperación de su peso anterior más rápido, hace que haya una disminución del riesgo de sangrado postparto disminuyendo así el riesgo de desarrollar algún tipo de anemia, a largo plazo disminuye también el riesgo de padecer osteoporosis, cáncer de ovario y cáncer de mama. (17)

La hemorragia puerperal se puede prevenir realizando una estimulación precoz de los pezones afectando así a la glándula pituitaria, liberando así oxitocina. Esta maniobra se debe realizar cuando ponemos al recién nacido en contacto piel con piel para que el neonato vaya estimulando el pezón y así lograr la salida de dicha hormona a corto plazo. El aumento de oxitocina también provoca que se produzcan más contracciones uterinas, ayudando así a expulsar restos placentarios o membranas previniendo el riesgo de sangrado excesivo, ayudando a su vez a cerrarse los vasos sanguíneos. (18)

Se realizó un estudio con 4.227 mujeres en el que se vio la incidencia de la hemorragia postparto con la lactancia materna y sin ningún tratamiento más y no se obtuvieron resultados significativos entre las pacientes que realizaron estimulación de los pezones y un tratamiento con la pérdida de sangre puerperal. Las tasas por placenta retenida, como muertes perinatales, al igual que por reingreso materno en un hospital todas ellas los resultados fueron similares. La evidencia sobre estas comparaciones disminuye ya que había riesgo de sesgo e imprecisión en los estudios realizados. De los efectos secundarios no se informó, al igual que de los efectos secundarios en los recién nacidos. (18)

Se elaboro una búsqueda en la que se incluyeron cuatro estudios, de los cuales se utilizaron dos de ellos, ya que los otros dos contenían un alto riesgo de sesgo.

Uno de los estudios, realizo una comparación del efecto de la succión inmediata, otro estudio comparó la estimulación con extractor de leche contra la inyección de oxitocina, dando como resultado de los estudios que se produjo una reducción de la hemorragia postparto. (19)

Otro trabajo con 85 pacientes solamente en el que se comparó la estimulación de los pezones contra oxitocina y no se obtuvo una diferencia clara de la pérdida de sangre. Los resultados obtenidos fueron de una calidad baja por el ensayo realizado y el pequeño tamaño de las muestras, ya que las pacientes era un número demasiado pequeño para poder realizar un buen estudio. (19)

Un equipo de matronas llevo a cabo un estudio en el que se vio que realizando una atención psicofisiológica como es el contacto de piel con piel inmediato y la lactancia materna tanto en la tercera como en la cuarta etapa del trabajo de parto es beneficioso para la prevención de la hemorragia postparto. Por lo que se concluye que la lactancia materna favorece un componente fisiológico considerándose importante durante las primeras dos horas para prevenir el sangrado puerperal. (19)

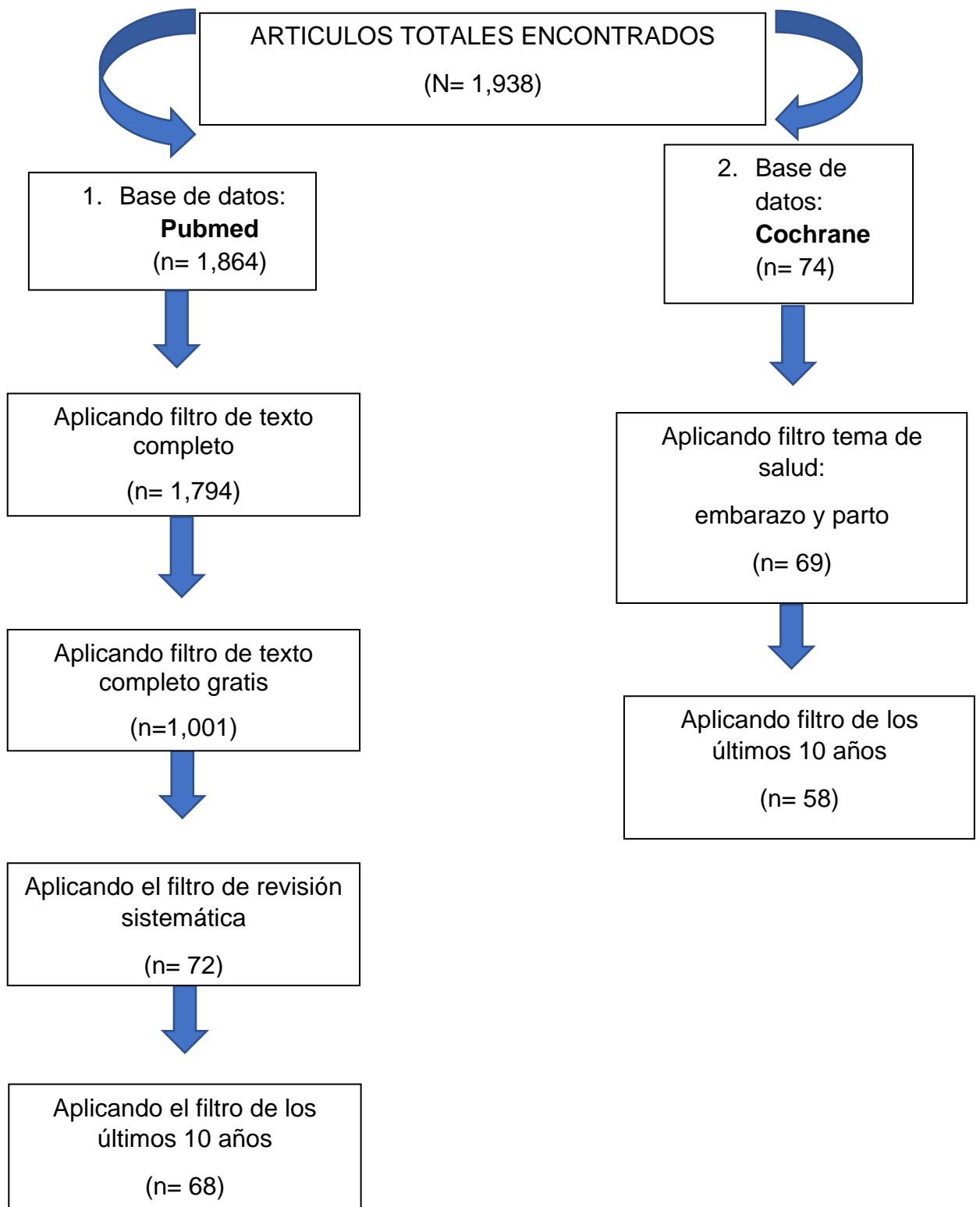


Figura 1. Diagrama de flujo. Resultados de artículos encontrados totales.

6. DISCUSIÓN

6.1 Comparación de los estudios

Esta revisión sistemática ha querido que se visualice el estado actual sobre el conocimiento acerca de la hemorragia puerperal, enfocándola desde lo menos conocido y frecuente.

Si tenemos en cuenta los diferentes factores etiológicos, se podría decir que la hemorragia postparto es un evento heterogéneo y no un diagnóstico. Este trabajo engloba diferentes procesos fisiopatológicos, siendo primordial una evaluación clínica seguida de una investigación y aplicar el tratamiento de la causa específica. Hay diagnósticos poco frecuentes, como puede ser el pseudoaneurisma de la arteria uterina, poniendo en peligro la vida de la paciente en un tiempo de intervalo corto. Es fundamental conocer estas situaciones poco prevalentes, teniéndolas presentes ante cuadros de sangrado severo que no responden a los tratamientos habituales. (20)

Se evidencia en los resultados de los artículos analizados la eficacia de este tratamiento como es la utilización del ácido tranexámico o la oxitocina para la hemorragia postparto, así como signos claros de la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Es un rasgo muy positivo que debe tener en cuenta el equipo de enfermería debido a que su función está dirigida a cuidar de manera integral a una paciente. (13)

La hemorragia obstétrica es frecuente y de etiología multifactorial; una de las causas más destacada es por la retención de restos placentarios. Algunas de las causas más inusuales serían por malformaciones arteriovenosas, pero a pesar de ello hay que tenerlas también en consideración. Rara vez amenaza la vida, pero hay situaciones en las que el sangrado activo va a requerir de un tratamiento efectivo e inmediato. (9)

El trabajo en equipo y la comunicación entre ellos es fundamental durante todo el proceso, al igual que mantener una vigilancia y observación de los tiempos. Otro punto que destacar es identificar la causa de la hemorragia, usando la regla de las cuatro T en la que se define identificando tono, trauma, tejido y trombina. (10)

En futuros ensayos clínicos aleatorios, con una muestra de tamaño suficiente, se debería evaluar la repercusión de la estimulación de los pezones en comparación con los agentes que estimulan el útero, como puede ser con la oxitocina, e informar sobre resultados importantes como los que he ido comentado a lo largo de esta revisión.

6.2 Limitaciones

Una de las complicaciones más relevantes que ha surgido en esta investigación ha sido el apartado de búsqueda de artículos relacionados con el tema a tratar, sobre todo con el objetivo, los beneficios de la lactancia materna sobre la hemorragia obstétrica.

Por otra parte, se ha dado algún sesgo en el artículo número 7 “Vista de Incidencia De Factores Clínicos Y Sociodemográficos De Hemorragia Postparto”, ya que en la mayoría los ensayos clínicos realizados en el estudio completo no contaban con evidencia científica para mejorar los resultados y regirse por unos protocolos bien estudiados.

Otro artículo en el que se ha producido sesgo es en el número 19 “El papel del contacto piel con piel y la lactancia materna en atonía hemorragia post parto”, en varios de los estudios realizados los resultados obtenidos han sido de una calidad baja por el ensayo realizado y por no contar con un grupo de personas suficiente para que el estudio resultase objetivo y convincente.

6.3 Fortalezas

La mayoría de los artículos encontrados son de publicación actual, siendo de los últimos diez años, ya que se trata de un tema que preocupa y se debería investigar más, por lo que la información es perfectamente válida para el uso y aplicación en la práctica clínica actual. Este asunto es muy positivo para la enfermería, una profesión que debe estar lo más actualizada posible tanto en tratamientos como en los procedimientos de los cuidados, como en la prevención.

6.4 Aplicación a la práctica clínica

Es de gran importancia transmitir de forma veraz toda la información a los pacientes y sus familiares, sobre los posibles efectos secundarios que produce la hemorragia puerperal, cuáles son las causas, en que consiste el tratamiento, y que hacer para prevenir la hemorragia postparto. En definitiva, es muy importante la labor del personal de enfermería en dar educación para la salud, así como estar lo más actualizada posible.

6.5 Futura línea de investigación

A pesar de la falta de recursos y de presupuesto se debería destinar más para la investigación para este tema ya que es un problema importante en el que está comprometida la vida tanto materna como la del recién nacido, sobre todo en países en desarrollo.

Se podría hacer más hincapié en la educación para la salud para las pacientes, sobre todo en España ya que hay muy pocos artículos que hablen de la incidencia en nuestro país.

Es un tema importante y el cual se necesita más información e investigar sobre todo en la prevención y como abordar el problema tanto durante como después del parto.

Una futura línea de investigación podría ser haber cómo se sienten esas pacientes después de pasar por todo ello y como les afecta psicológicamente, como se han sentido ya que en algunos casos son separadas de su recién nacido.

7. CONCLUSIONES

La hemorragia puerperal requiere de un enfoque coordinado para la prevención, el reconocimiento temprano y la intervención de un equipo multidisciplinario. Los factores de riesgo se pueden identificar durante el embarazo o durante el trabajo de parto. Por lo tanto, todas las mujeres embarazadas deben considerarse en riesgo de padecer una hemorragia puerperal. Una vez diagnosticada es imprescindible tratarlo de forma rápida y multidisciplinaria.

Enfermería tiene un papel importante en la prevención y detección precoz ante los primeros síntomas en la hemorragia, a través de los conocimientos sociodemográficos y clínicos de la gestante.

El trabajo en primera línea con las pacientes requiere de actualización sobre el tema en la administración de los fármacos utilizados y seguimiento activo de las mismas.

La enfermera como agente de salud es responsable de fomentar la lactancia materna como beneficio para el binomio madre hijo tanto a corto plazo en el postparto, como a largo plazo.

Otro punto importante es fomentar la investigación para encontrar métodos innovadores y de mayor calidad terapéutica, mejorando los cuidados durante el parto y puerperio.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009 [citado 17 de mayo de 2023]; 32:159-67. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
2. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. Who.int. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=76563B18EA8E6800B0B85DF82141CED1?sequence=1
3. López Zapater B, Maestre Aguilar R, Valdrés López A, Bruna Barranco I, Martínez Giménez L. Investigación RS. Hemorragia postparto: definición, causas y tratamiento [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hemorragia-postparto-definicion-causas-y-tratamiento/>
4. Say L, Chou D, Samuel O, Zewotir T, North D, Maternal mortality. Ir J Med Sci [Internet]. 1966 [citado el 17 de mayo de 2023];42(S1):59–60. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
5. Llácer-Pérez M, Narváez-Galán S, Chacón-Crespo M. Hemorragia posparto tardía y utilidad de la determinación no invasiva de hemoglobina: comunicación de un caso. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2015 [citado el 17 de mayo de 2023];58(7):323–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-hemorragia-posparto-tardia-utilidad-determinacion-S0304501315000667>
6. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev. médica Clin Las Condes [Internet]. 2014 [citado el 17 de mayo de 2023];25(6):993–1003. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica->

[las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492](https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/7344/6778)

7. Bolaños, M.; Ferrer L.; & Martínez, J.C. (2020). Incidencia De Factores Clínicos Y Sociodemográficos De Hemorragia Postparto En Pacientes Atendidas En El Hospital Niño Jesús En Barranquilla. Enero 2017- enero 2018. Biociencias [Internet]. 30 de noviembre de 2020 [citado 17 de mayo de 2023]; 15(2):39-47. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/7344/6778>
8. Brenner A, Ker K, Shakur-Still H, Roberts I. Tranexamic acid for postpartum hemorrhage: What, who and when. Best Pract Res Clin Obstetric Gynaecol [Internet]. 2019; 61:66-74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693419300410>
9. McLintock C. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: focus on hematological aspects of management. Hematology Am Soc. Hematol Educa Programe [Internet]. 2020;2020(1):542-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33275708/>
10. Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum hemorrhage. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2002;(1):CD002867. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002867/full?highlightAbstract=postpartum%7Chaeorrhage%7Chaeorrhag%7Chemorrhage%7Chemorrhag>
11. Guasch E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. Medicina Intensiva [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2023];40(5):298-310. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-hemorragia-masiva-obstetrica-enfoque-terapeutico-articulo-S021056911630002X>
12. Feduniw S, Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M. Epidemiology, prevention, and management of early postpartum hemorrhage - a systematic review. Ginekol Pol [Internet]. 2020;91(1):38-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32039467/>
13. Aziz S, Rossiter S, Homer CSE, Wilson AN, Comrie-Thomson L, Scott N, et al. The cost-effectiveness of tranexamic acid for treatment of

- postpartum hemorrhage: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2021;155(3):331-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13654>
14. Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019;4:CD001808. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31032882/>
 15. García-Lavandeira S, Álvarez-Silvares E, Rubio-Cid P, Borrajo-Hernández E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Gineco Obstet Mex* [Internet]. 2017 [citado 17 de mayo de 2023];85(4):254-66. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412017000400007&script=sci_arttext
 16. Beneficios de la Lactancia Materna – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Gob.ec. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/beneficios-de-la-lactancia-materna/#:~:text=Ayuda%20a%20quemar%20calor%C3%ADas%20adicionales,el%20riesgo%20de%20desarrollar%20anemia.>
 17. Almutairi WM. Literature review: Physiological management for preventing postpartum hemorrhage. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021;9(6):658. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8227540/>
 18. Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breastfeeding, or nipple stimulation for reducing postpartum hemorrhage in the third stage of labour. *Cochrane Data base Syst Rev.* [Internet]. 2016 [citado el 17 de mayo de 2023];2016(1):CD010845. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010845.pub2/full/es>
 19. Pérez-Jiménez JM, Luque-Oliveros M, Gonzalez-Perez D, Rivera-Sequeiros A, Rodriguez-Blanco C. Does immediate skin-to-skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial. *Nurs Open.* 2023 Feb;10(2):649-657. Doi: 10.1002/nop2.1331. Epub 2022 Sep 27. PMID: 36166391; PMCID: PMC9834552. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36166391/#:~:text=Results%3A%20Women%20with%20skin%2Dto,less%20crying%20in%20the%20newborn.>

20. Llácer-Pérez M, Narváez-Galán S, Chacón-Crespo M. Hemorragia posparto tardía y utilidad de la determinación no invasiva de hemoglobina: comunicación de un caso. *Progresos Obstetricia Ginecología* [Internet]. 2015 [citado el 17 de mayo de 2023];58(7):323–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-hemorragia-posparto-tardia-utilidad-determinacion-S0304501315000667>
21. ecwp_adm. Instituto Joanna Briggs [Internet]. Evidencia en Cuidados. 2016 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.evidenciaencuidados.es/recursos-evidencia/institutojoannabriggs/>

9. ANEXOS

Tabla 2. Resultados de artículos, niveles de evidencia y grados de recomendación según Joanna Briggs.

TITULO	AUTOR/AÑO/PAIS	RESULTADOS	DISEÑO	NE	GR
Incidencia de factores clínicos y sociodemográficos de hemorragia posparto. (7)	Marcos Bolaños; Linda Ferrer; Juan Carlos Martinez. 2020. Colombia.	En el rango de los 30-38 años,5 fue el rango predominante con el 42%, seguido de entre los 39 – 47 años con un 28%, evidenciándose que cuanto mayor edad tiene la mujer, tiene mayor probabilidad de presentar hemorragias pospartos. El 47% de las pacientes atendidas en el Hospital Niño Jesús en Barranquilla, se encontraban solteras, mientras que el 29% eran casadas.	Estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo.	N:5	G: A
Ácido tranexámico para la hemorragia posparto: qué, quién y cuándo. (8)	Brenner A, Ker K, Shakur-Still H, Roberts I. 2019. Reino Unido.	Se realizo un estudio y se estimó que en países desarrollados la incidencia de hemorragia postparto secundaria es de 0,47 – 1%. En 2015 se realizó un estudio a la población francesa había una incidencia del 0.23%. Más adelante se repito el estudio pudiendo realizar mejor el	Revisión sistemática.	N: 1	G: A

		estudio y se encontró un resultado del 18,5% de los casos.			
Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto: enfoque en los aspectos hematológicos del manejo. (9)	McLintock C. 2020. Nueva Zelanda.	Los factores de riesgo más comunes son: atonía uterina como puede ser por: trabajo de parto mayor de 12 horas, recién nacido con un peso mayor de cuatro kilos y por embarazos múltiples. Por problemas de placenta como puede ser: retención de placenta, desprendimiento de la placenta y placenta previa. Traumatismo en el tracto genital o en el útero ya sea por ser parto instrumentado, o por ruptura uterina. Por coagulopatías como: hígado graso agudo en el embarazo, sepsis materna o embolia de líquido amniótico	Revisión sistemática.	N: 1	G: A
Tratamientos para la hemorragia postparto secundaria. (10)	Alexander J, Thomas P, Sanghera J. 2002.	Las causas más frecuentes de la hemorragia puerperal tardía suelen ser por norma general, desgarro, retención placentaria o de membranas o infección por que permanezcan en el interior restos placentarios, evitando que el útero se contraiga. Se desconoce la	Revisión sistemática.	N: 1	G: A

		<p>incidencia, pero en los países de bajos ingresos es la causa masa grave de mortalidad materna. En los países con ingresos más altos el 2% de las mujeres son ingresadas de forma hospitalaria.</p>			
<p>Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. (11)</p>	<p>E. Guasch; F. Gilsanz. 2016. España.</p>	<p>La primera actuación ante una hemorragia postparto precoz va a ser la reposición de líquidos cristaloides vía intravenosa y es muy importante el tener canalizadas dos vías venosas periféricas de mayor calibre, la administración debe ser rápida con suero fisiológico 0,9% y solución ringer lactato. El volumen que se debe administrar no puede superar los 3,5 litros, ya que si se administra mucho liquido puede conllevar a una coagulopatía dilucional.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>N: 1</p>	<p>G: A</p>
<p>Epidemiología, prevención y manejo de la hemorragia posparto temprana: una revisión sistemática. (12)</p>	<p>Feduniw S, Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M. 2020. Polonia.</p>	<p>El tratamiento de primera línea debe incluir uterotónicos. Las intervenciones quirúrgicas, si se requieren, deben realizarse sin demora, aunque se debe considerar el</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>N: 1</p>	<p>G: A</p>

		taponamiento uterino preoperatorio debido a su alta efectividad. Se debe evaluar de forma precisa la pérdida de sangre y así reducir el estrés.			
La rentabilidad del ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto: una revisión sistemática. (13)	Aziz S, Rossiter S, Homer CSE, Wilson AN, Comrie-Thomson L, Scott N. 2021.	El ácido tranexámico, es un fármaco antifibrinolítico que se usa para retardar la descomposición de los coágulos sanguíneos y ayuda a prevenir el sangrado prolongado. Es eficaz para reducir las muertes maternas por hemorragia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ido incluyendo el ácido tranexámico intravenoso dentro de las 3 h posteriores al nacimiento como parte del manejo estándar de la hemorragia puerperal, independientemente de cuál sea la causa del sangrado.	Artículo de revisión.	N:1	G: A
Oxitocina profiláctica para la tercera etapa del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto. (14)	Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. 2019. EEUU.	El ácido tranexámico es un fármaco antifibrinolítico utilizado para reducir la muerte materna por hemorragia posparto. Lo que hace es frenar el sangrado al inhibir la descomposición enzimática de los coágulos sanguíneos	Revisión sistemática.	N: 1	G: A

		de la fibrina. Este fármaco se excreta por la orina y su vida de eliminación es alrededor de las tres horas.			
Hemorragia posparto secundaria o tardía. (15)	García-Lavandeira S, Álvarez-Silvares E, Rubio-Cid P, Borrajo-Hernández E. 2017. México.	Los estudios realizados han comparado un tratamiento individual con otro, también combinaciones de tratamientos con otros y cualquier tratamiento individual o combinación con un grupo de placebo o sin tratamiento. Por lo que no se identificaron ensayos, no habiendo buenas pruebas en las que basar la orientación.	Estudio retrospectivo, revisión sistemática.	N: 1	G: 5
Beneficios de la Lactancia Materna. (16)	Ministerio de Salud Pública. 2015. Ecuador.	Para prevenir una hemorragia posparto se utiliza oxitocina en la tercera etapa del trabajo de parto, este fármaco reduce el riesgo de pérdidas importantes de sangre, con un intervalo de confianza del 95%. La oxitocina en comparación con otros fármacos uterotónicos o un placebo reduce el riesgo de pérdida de sangrado de 500ml después del parto, reduciendo así el uso de uterotónicos adicionales.	Revisión bibliográfica.	N: 4	G: A

<p>Manejo fisiológico para la prevención de la hemorragia postparto. (17)</p>	<p>Almutairi WM. 2021. Arabia Saudi.</p>	<p>La lactancia materna tiene muchos beneficios tanto para el bebe como para la madre. Los beneficios considerados para la madre es que la recuperación después del parto es más rápida y a largo plazo disminuye también el riesgo de padecer osteoporosis, cáncer de ovario y cáncer de mama.</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>N: 4</p>	<p>G: A</p>
<p>Estimulación de la lactancia o del pezón para reducir la hemorragia posparto en el alumbramiento. (18)</p>	<p>Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. 2016.</p>	<p>Se realizo un estudio con 4.227 mujeres en el que se vio la incidencia de la hemorragia postparto con la lactancia materna, no se obtuvieron resultados significativos entre las pacientes que realizaron estimulación de los pezones y un tratamiento con la pérdida de sangre postparto. La evidencia sobre estas comparaciones disminuyo ya que había riesgo de sesgo e imprecisión en los estudios realizados. De los efectos secundarios no se informó, al igual que de los efectos secundarios en los recién nacidos.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>N: 1</p>	<p>G: A</p>

El papel del contacto piel con piel y la lactancia materna en atonía Hemorragia postparto. (19)	Wedad M. Almutairi; Ahlam E. Al-Zahrani; Christopher J. Burant; Hanan A. Bard. 2021. Australia.	El contacto de piel con piel y la lactancia materna para las matronas es un claro ejemplo de la evidencia de una disminución del sangrado tanto en la tercera como la cuarta etapa del trabajo de parto. Concluyeron en el estudio que se tiene que realizar dentro de las dos primeras horas después del parto, es decir inmediatamente para conseguir el objetivo buscado.	Revisión sistemática.	N: 1	G: A
---	---	--	-----------------------	------	------

Pie de tabla: significado y correspondencia de las abreviaciones utilizadas en la tabla:

10. El término NE hace referencia a los niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs.
11. El término GR hace referencia al grado de recomendación del Instituto Joanna Briggs. (21)