

HEMORRAGIA PUERPERAL TARDÍA. UN CASO URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORÍA

Almudena Barroso Casamitjana*

Francisco José Navarro Bernal**

Ana María Peralta Domínguez***

* Matrona. Especialista en Salud Mental. Hospital de Jerez.

** Matrona. Distrito Jerez-Costa Noroeste.

***Matrona. Hospital Universitario de Puerto Real.

RESUMEN

La hemorragia posparto es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad maternas (causa más frecuente de mortalidad materna y causa más importante de pérdida hemática en obstetricia) La clave para abordar con éxito este problema es la identificación, por parte de la matrona, de la paciente de riesgo y la adopción de las debidas precauciones para evitar que se produzca el problema. La aparición de un caso de hemorragia puerperal es considerado como una extrema urgencia, por lo que la actuación debe ser lo más rápida posible para poder llegar a buen término. La matrona y todo el personal deben estar preparados y formados para poder actuar y prestar los mejores cuidados. En este artículo, detallamos como debe ser la actuación de la matrona ante un cuadro de hemorragia puerperal y los cuidados que precisa la mujer en ese momento, a través de la exposición de un plan de cuidados estandarizado.

PALABRAS CLAVE

Hemorragia puerperal tardía, puérpera, cuidados, matrona, urgencias.

TITLE

Late Puerperal Hemorrhage. An urgent case in Primary Care.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is a major cause of maternal morbidity and mortality (more importantly most common cause of maternal mortality and cause of blood loss in obstetrics) The key to successfully address this problem is the identification, by the midwife, patient risk and taking precautions to prevent the problem from occurring. The appearance of a case of PPH is considered as an extreme emergency, so that the action should be as quick as possible to come to fruition. The midwife and all staff must be prepared and trained to act and deliver better care.

In this article, we detail how it should be action by the midwife before a picture of PPH and the care that women at that time, through the exposure of a standardized care plan.

KEY WORDS

Late postpartum hemorrhage, puerperal, care, midwifery, emergency.

INTRODUCCIÓN

Definición La hemorragia puerperal se considera una pérdida hemática excesiva sobrevenida desde el final del alumbramiento hasta la conclusión de la etapa puerperal.

Su incidencia es de 1-5% de los partos. Las hemorragias del alumbramiento están ligadas a una morbilidad importante: shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada (CID), insuficiencia renal, insuficiencia hepática, síndrome del distrés respiratorio del adulto, anemia grave, complicaciones de las transfusiones sanguíneas, choque hemorrágico, infección e histerectomía.

Hay que distinguir entre:

- Hemorragia posparto precoz (primeras 24 horas tras el parto)
- Hemorragia puerperal tardía (el resto del puerperio)

La hemorragia puerperal tardía ocurre con mayor frecuencia entre los 10 y 15 días del posparto; sin embargo, en ocasiones, alrededor del 21 día del puerperio aparece una metrorragia que se conoce como "el partillo".

Dada la amplitud del tema que engloba en su totalidad la hemorragia puerperal, sólo haremos referencia en los siguientes apartados al tema que nos ocupa en este artículo que es la hemorragia puerperal tardía.

Etiología y diagnóstico

Tiene fundamentalmente dos causas: 1. Retención de restos (cuello entreabierto, útero no doloroso) 2. Subinvolución uterina (endometritis, miomas uterinos, etc.). La hemorragia puerperal tardía se asocia frecuentemente con endometritis.

Factores predisponentes

1. Madre fumadora.
2. Gestación múltiple.
3. Amenaza de aborto.
4. Hemorragia anteparto.
5. Ingreso hospitalario durante el tercer trimestre.
6. Trabajo de parto precipitado (menos de 2 h.)
7. Administración intravenosa de ergometrina (0.5 mg) como prevención en el tercer estadio del parto.
8. Tercer estadio del parto prolongado.
9. Persistencia de restos placentarios o de las membranas fetales.
10. Hemorragia posparto precoz.
11. Lactancia artificial.
12. Antecedentes previos de hemorragia posparto tardía.

Clínica

De entre las manifestaciones clínicas de la hemorragia posparto destacan:

- Los loquios son abundantes y persiste su color rojo.
- Subinvolución uterina.
- Loquios fétidos, taquicardia y fiebre pueden estar presentes cuando existe infección.

La mujer se alarma, puesto que la hemorragia se suele presentar de forma inesperada cuando ya está en su domicilio. La mujer acude de urgencias al hospital o al centro de salud. En el centro sanitario de primaria o en el domicilio de la paciente, según sea el caso, se procede a su exploración y valoración del estado general y, si es necesario, se la traslada a un centro hospitalario.

Tratamiento/Conducta

Una vez en el hospital se le practican las siguientes medidas terapéuticas:

1. En todos los casos: solicitar recuento hemático de hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria. Sondaje vesical. Estabilización hemodinámica de la paciente.
2. Identificación de las causas.
 - a. Exploración física: revisión del canal del parto.
 - b. Ecografía ginecológica.
3. Retención de restos.
 - a. Legrado puerperal.
 - b. Goteo oxitócico poslegado.
4. Subinvolución:

- a. Oxitocina: Puede administrarse vía intravenosa (10-20 UI en 500-1000 ml de Ringer Lactato), a razón de 40-60 UI/min, por vía intramuscular (5 ó 10 UI) o por vía intramural, sobre todo en las cesáreas, a dosis de 10 a 15 UI. La acción de la oxitocina es rápida (latencia inferior a 1 min vía intravenosa y a 2-4 min vía intramuscular). En caso de sobredosificación, el riesgo de intoxicación acuosa solo se produce a dosis elevadas (superiores a 50 UI) asociadas a un aporte excesivo de líquidos.

- b. Análogos de prostaglandinas: Si la oxitocina es ineficaz pueden añadirse: - Misoprostol vía intrarrectal a dosis de 800-1000 g (4-5 comprimidos de 200 g).

- Prostaglandinas intramurales/intramusculares. Hemabate (Carboprost trometamina 1 ampolla 250 g). Para el control de la hemorragia posparto puede repetirse la administración cada 15-90 min. Dosis máxima: 2 mg (8 ampollas). Efectos secundarios de las prostaglandinas: vómitos, diarreas, hipertensión, fiebre.

- c. Derivados del cornezuelo de centeno. Metilergometrina (Methergin 1 ampolla 0.2 mg/ml). Se utiliza a dosis de 0.2 mg en la inyección intramuscular y en solución oral. Efectos secundarios: náuseas, vómitos, hipertensión arterial.

- d. Antibioterapia: - Clindamicina 900 mg/8h + Gentamicina 240 mg/24h intravenoso. - Metronidazol 500 mg/8h intravenoso. - Mantener intravenoso hasta 48h sin fiebre, después continuar antibióticos vía oral una semana: Ampicilina 500 mg/6h o Cefalexina 500 mg/6h.

- e. Si no cede con el tratamiento médico: legrado puerperal. Si con el legrado puerperal no cede el sangrado, puede ser necesario realizar tratamiento quirúrgico.

- Tratamientos conservadores: Tracción sobre el cuello, sutura de la pared uterina, ligadura de las arterias hipogástricas, devascularización escalonada del útero, ligadura bilateral de las arterias uterinas vía abdominal, ligadura bilateral de las arterias uterinas vía vaginal.

- Laparotomía e histerectomía total: Esta decisión debe adoptarse en las siguientes circunstancias: persistencia de la hemorragia tras la adopción de todas las medidas anteriores, deterioro grave del estado general de la paciente. En este último caso, la intervención debe efectuarse cuando la paciente se haya recuperado momentáneamente con una transfusión volumétrica suficiente.

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia puerperal es considerada uno de los cuadros más graves que se puede presentar durante la fase de puerperio, en la que corre peligro la vida de la mujer.

La pronta y adecuada actuación del personal de urgencias es vital en estos casos, y es por ello que debe estar preparado y formado para poder prestar los mejores cuidados.

En este artículo se presenta un caso de Hemorragia Puerperal real y a continuación se unifican los cuidados que precisó esta paciente con esta patología a través de la elaboración de un plan de cuidados.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados a partir de un caso real de una mujer que acude al centro de Salud presentando un caso urgente de Hemorragia Puerperal, que garantice unos cuidados de calidad.

METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

- Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.
- Revistas científicas: Matronas Profesión, Nure Investigación.
- Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC).
- Protocolos de actuación ante la Hemorragia puerperal de los hospitales de la Provincia de Cádiz.

Os presentamos un caso real de una mujer que acudió a su centro de Salud con un caso de Hemorragia Puerperal y la actuación que se llevó a cabo. Luego os detallamos el Plan de Cuidados correspondiente con el problema de salud que presentaba.

RESULTADO

Caso clínico

a. Introducción del caso:

Mujer de 34 años, secundípara, sin antecedentes de abortos, que ha dado a luz el día 17/03/14, acude al centro de salud al 12º día posparto acompañada por su marido y su madre. Consulta a la matrona por dolor abdominal y expulsión de coágulos y loquios rojos que han aumentado en cantidad desde esa misma mañana. Tras revisar la historia clínica, no encontramos antecedentes médicos personales ni familiares de interés. No existen alergias conocidas. Identificamos que la mujer se encuentra en la etapa de puerperio tardío, recogemos los datos que verbalmente nos da la puerpera, pues no presenta el documento de salud de la embarazada. El parto tuvo lugar en el Hospital de Jerez el día 17/03/14 a las 12:30, de inicio espontáneo, eutócico, con analgesia epidural, presenta un desgarro tipo II y nace un varón de 3230Kg. con Apgar 9/10. Como dato relevante comentar que la mujer no ha participado en el Programa de Educación Maternal. Procedemos a realizar la valoración de enfermería posparto.

b. Valoración de Enfermería posparto: Exploración Física.

- Signos vitales: TA: 90/50 mm de Hg. Pulso: 110 latidos/minuto. Tª: 36'8º C.
- Mamas: Aspecto general: homogéneas, cambios de las gestación aún evidentes. Palpación: blandas, sensibles no dolorosas. Pezones: elásticos, pigmentados, intactos, se

ponen erectos con la estimulación. Lactancia Artificial iniciada.

- Abdomen: Doloroso a la palpación. Fondo uterino dos traveses de dedos por encima del ombligo y ligeramente desviado hacia la derecha. Útero pastoso.

- Loquios: Presentes en gran cantidad con existencia de coágulos y retorno de los loquios rojos tras los serosos.

- Periné: Edema ligero y hematomas en el periné. Desgarro tipo II, con bordes bien aproximados.

- Extremidades Inferiores: Ausencia de dolor a la palpación. Signo de Homans negativo.

- Eliminación: Flujo urinario: diuresis en cantidades suficientes, al menos cada 4-6 horas. Vejiga no palpable. Eliminación intestinal: sin alteraciones.

Actuación de la Matrona

Tras realizar la valoración de enfermería de la mujer y detectar los signos de: dolor constante en el útero, reaparición de loquios rojos tras los rosados y coágulos, y presencia de un útero pastoso (que se traducen en una subinvolución uterina) se procede a la derivación de la mujer al servicio de urgencias del hospital. Damos nueva cita a su regreso del hospital para llevar a cabo la continuación del plan de cuidados de enfermería, iniciado en el hospital.

Plan de Cuidados de Enfermería

TABLA II: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00132) DOLOR AGUDO	(2102) NIVEL DEL DOLOR	(6650) VIGILANCIA (5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Actividades: -Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. -Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades de la paciente. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Escuchar con atención. -Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante. -Utilizar un enfoque sereno que de tranquilidad. (5460) CONTACTO Actividades: -Coger de la mano a la paciente para transmitir apoyo emocional

TABLA III: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00035)RIESGO DE LESIÓN	(2510)ESTADO MATERNO: DURANTE EL PUERPERIO	(4010) PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS (4020) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRÁGIA (6980) ECOGRAFÍA: OBSTETRICIA (2930) PREPARACIÓN QUIRÚRGICA
TABLA IV: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00160) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS	(0504) FUNCIÓN RENAL (0601) EQUILIBRIO HIDRICO (0602) HIDRATACIÓN	(4120) MANEJO DE LÍQUIDOS Actividades: -Administrar líquidos IV a temperatura ambiente. -Administrar productos sanguíneos, si procede. -Controlar resultados de laboratorio relevantes. -Monitorizar estado de hemodinámica. -Monitorizar signos vitales, si procede. -Preparar al paciente para la administración de productos sanguíneos (comprobar la sangre con la identificación del paciente). -Realizar sondaje vesical. -Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y tensión arterial normal). (0590) MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA Actividades: -Control periódico de la eliminación urinaria. (4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA (6680) MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES VITALES Actividades: -Anotar cifras tensionales. -Controlar la tensión sanguínea, pulso y respiraciones.

		<ul style="list-style-type: none"> -Controlar periódicamente la oximetría del pulso. -Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
TABLA V: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	(0413) SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE	(4258) MANEJO DEL SHOCK: VOLÚMEN (4160) CONTROL DE HEMORRAGIAS (4021) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRÁGA: ANTEPARTO
TABLA VI: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00148) TEMOR	(1404) AUTOCONTROL DEL MIEDO	(5380) POTENCIACIÓN DE LA REALIDAD Actividades: <ul style="list-style-type: none"> -Mostrar calma. -Pasar tiempo con el paciente. -Presentar los cambios de forma gradual. -Evitar producir situaciones emocionales intensas. - Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos -Escuchar los miedos del paciente/familia. - Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos. - Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera. - Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad. - Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado. (5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Actividades: <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. -Explicar todos los procedimientos.

		<ul style="list-style-type: none"> -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. -Escuchar con atención. -Crear un ambiente que facilite confianza. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo. -Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
--	--	---

CONCLUSIÓN

El Puerperio comprende un conjunto de modificaciones anatomofisiológicas y psicológicas que son normales. Se trata de un proceso complejo en el que pueden aparecer complicaciones. La correcta atención a este proceso puede prevenir o minimizar las complicaciones posparto. Entre ellas, la hemorragia puerperal destaca como una de las situaciones de máxima urgencia, debida a la gravedad que supone para la salud de la mujer. El primer contacto que tiene la mujer en la zona de urgencias es con la matrona, tanto se de este contacto en el Centro de Salud como en la Atención Especializada. Debido al cuadro de gravedad que se presenta, la matrona

debe estar preparada y formada para poder actuar de forma correcta y prestar unos cuidados de calidad. En este artículo hemos unificado criterios valorando las necesidades más importantes que tiene la mujer con esta patología y a partir de ello, hemos establecido un plan de cuidados que se deberá llevar a cabo. Podemos decir como conclusión final el papel tan importante que tiene la matrona y el personal de enfermería en la Hemorragia Puerperal, ya que una rápida actuación de los mismos llevará a obtener los mejores resultados, una mujer sana.

BIBLIOGRAFIA

1. Protocolo de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus (4ª Edición). José María Carrera Macías. Masson, 1996.
2. Williams Obstetrics and Gynecology. 22a edición. Capítulo 35, 2005
3. Protocolo SEGO. Hemorragia postparto precoz (actualizado en 2006). Disponible en <http://www.sego.es>
4. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatments for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007.
5. ACOG Educational Bulletin. Postpartum hemorrhage. Int J Obstet Gynecol 1998; 61: 79-86.
6. ACOG Practice Bulletin No. 76. Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol 2006; 108: 1039-47
7. Cabrillo E, Terán M, Calle C, Sancha M, Magdaleno F. Hemorragia
8. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier.2004
9. Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005
10. Dochterman JM, Bulecheck G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005