



ORIGINAL

Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional

O.A. Reyes

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Maternidad del Hospital Santo Tomás, Panamá

Recibido el 30 de noviembre de 2009; aceptado el 27 de enero de 2010

Disponible en Internet el 20 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Gran multiparidad;
Hemorragia posparto;
Puerperio

Resumen

Objetivo: La hemorragia posparto es una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna, principalmente en países en vías de desarrollo. Se han descrito múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de esta complicación, una de las cuales es la multiparidad. Este estudio busca demostrar el verdadero valor que tiene la gran multiparidad en la incidencia de hemorragia posparto.

Diseño: Estudio descriptivo observacional.

Población: Todas las pacientes tabuladas en la base de datos de la Sala de Labor de la Maternidad del Hospital Santo Tomás que tuvieron un parto vaginal desde abril de 2007 hasta enero de 2009.

De un total de 14.123 partos vaginales, 3.573 pacientes contaban con la información completa necesaria para el análisis. De éstas, 343 cumplían el criterio de gran multiparidad (paridad > 5).

Principales resultados: Hemorragia posparto, otras complicaciones en el puerperio (retención de placenta o restos de la membrana, necesidad de revisión manual de la cavidad uterina o legrado instrumental, desgarros perineales) y resultados perinatales.

Resultados: Las pacientes grandes múltiparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad.

Conclusiones: La gran multiparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia posparto.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Grand multiparity;
Postpartum
hemorrhage;
Puerperium

Risk of postpartum hemorrhage in grand multiparous patients: Retrospective, descriptive, observational study

Abstract

Objective: Postpartum bleeding is one of the three main causes of morbidity and mortality in the obstetric patient, mainly in developing countries. Multiple risk factors associated with

the development of this complication have been described, one of which is multiparity. This study sought to determine the real effect of grand multiparity on the incidence of postpartum hemorrhage.

Design: Retrospective, descriptive, observational study.

Population: We included all patients entered in the Labor Room Database of the Santo Tomas Maternity Hospital who had a vaginal birth from April 2007 to January 2009. There were 14,123 vaginal deliveries and complete information was available for analysis in 3,573 patients. Of these, 343 met the criterion of grand multiparity (>5 pregnancies).

Main outcome measures: Postpartum hemorrhage, postpartum complications (retention of placenta or membranes, need to manually explore the uterine cavity, instrumental curettage, perineal tears) and perinatal outcomes.

Results: The risk of postpartum hemorrhage was 2.8 times higher in grand multiparous patients than in lower-parity women. Grand multiparous women were characterized by older age and poorer prenatal care.

Conclusions: Grand multiparity is a risk factor for the development of postpartum hemorrhage.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La hemorragia posparto es una de las principales complicaciones obstétricas a nivel mundial y la principal causa de muerte en los países en vías de desarrollo¹.

Considerando las múltiples formas de manejo (farmacológico y quirúrgico) de esta patología, las madres no deberían esperar consecuencias funestas de esta complicación mas, sin embargo, ése no es el caso. Esto se debe a la rapidez con que se puede llegar a perder un volumen crítico sanguíneo que lleve a la madre por el camino de la inestabilidad hemodinámica y la muerte. El 88% de las muertes puerperales en países subdesarrollados ocurre dentro de las 4 h del parto².

Aun cuando a nivel mundial el manejo activo del III estadio de la labor ha demostrado ser la mejor manera de prevenir la hemorragia posparto (RR:0,38; LC95%: 0,32-0,46)³, esto no previene la totalidad de los eventos. De ahí la importancia de reconocer a la paciente con un mayor riesgo de presentar esta complicación. De todas las causas de hemorragia posparto descritas en la literatura médica (atonía uterina, laceraciones del canal del parto, retención de restos y coagulopatías), sigue siendo la atonía uterina la principal causa (80-90%)⁴.

Se pueden agrupar las causas de atonía uterina en dos grandes grupos: la sobredistensión uterina y el agotamiento muscular miometrial⁵. Dentro de este último grupo entraría la multiparidad, pero la evidencia al respecto dista mucho de ser confiable en este momento.

La introducción del término data de 1937, cuando Solomon acuñó el concepto⁶, pero, a pesar del tiempo transcurrido, la realidad de la gran multiparidad sigue siendo controversial. Varios estudios han concluido que la «gran multiparidad» no es un factor que deba ser considerado para clasificar a la paciente como de «alto riesgo»⁷⁻⁹ mas, sin embargo, otros siguen considerando la gran multiparidad como un factor importante para tomar en cuenta debido a la alta frecuencia de complicaciones que han encontrado en el puerperio inmediato¹⁰⁻¹³.

El objetivo de este estudio fue evaluar la realidad en nuestra institución sobre los riesgos a los que se exponen las pacientes con gran multiparidad.

Métodos

Este fue un estudio descriptivo observacional que utilizó la información disponible en la base de datos de la Sala de Labor de la Maternidad del Hospital Santo Tomás, una de las principales maternidades públicas de la República de Panamá, con un promedio anual de 15.000-16.000 partos.

La información completa es recolectada en la misma sala de labor posterior al nacimiento del producto, y recoge la información prenatal básica, la conducta y el manejo en la sala de labor y los resultados perinatales más importantes. Esta información debe recolectarse antes de que la paciente sea enviada a la sala de puerperio normal.

La información comenzó a recogerse desde abril de 2007, pero problemas técnicos (falta de entrenamiento del personal, cambio constante de éste [horaria y mensualmente]) dificultaron la aplicación de éste los primeros meses. Finalmente, se logró tabular la información de forma constante y se ha mantenido la conducta a la fecha.

En el período de tiempo descrito se dieron 14.123 partos vaginales. De este total, contamos con la información necesaria para el análisis del resultado primario (hemorragia posparto) de 3.573 pacientes. Esta población se subclasificó según paridad en grandes múltiparas (GM) (paridad mayor de 5) y no GM (NoGM) (paridad de 4 o menor). Se utilizó la definición de gran multiparidad de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (1993).

Todos los análisis estadísticos fueron realizados usando el programa Epi Info versión 3.5.1. Las diferencias entre ambos grupos fueron analizadas usando el test de chi-cuadrado para variables categóricas o el test t de Student para variables continuas. El valor de p menor a 0,05 (p<0,05) fue considerado estadísticamente significativo. El estudio fue aprobado por el Comité de Estudios de Investigación del Hospital Santo Tomás.

Resultados

Del total de 3.573 pacientes con información completa, 343 cumplían con el criterio de gran multiparidad. En la [tabla](#)

Tabla 1 Datos demográficos

| Característica | Paridad <4 n: 3.230 | Paridad >5 n: 343 | p |
|----------------------------------|---------------------|-------------------|---------|
| Edad* | 23,6 (5,39) | 31,8 (5,24) | 0,48 |
| Edad gestacional* | 38,4 (2,27) | 38,6 (2,11) | 0,14 |
| Control prenatal adecuado** | 1.659 (54,3) | 97 (30,2) | <0,0001 |
| Inducción previa** | 645 (22,5) | 61 (20,3) | 0,41 |
| Conducción durante la labor** | 2.164 (76,1) | 179 (60,3) | <0,0001 |
| Amniorraxis** | 1.949 (65,6) | 205 (63,9) | 0,58 |
| Líquido meconial** | 404 (12,9) | 50 (15,2) | 0,27 |
| Duración de la fase activa, min* | 195,89 (180) | 151,86 (149) | 0,0007 |
| Parto vaginal instrumentado** | 20 (0,6) | 1 (0,3) | 0,70 |
| Peso fetal, g* | 3.059 (689) | 3.167 (762) | 0,01 |
| Apgar <7, 5 min** | 59 (3,1) | 5 (2,2) | 0,57 |
| Episiotomía** | 770 (24,1) | 2 (0,6) | <0,0001 |
| Desgarros** | 1.197 (38,4) | 76 (5,9) | 0,59 |

DE: desviación estándar.

* Valores presentados como promedio (DE).

** Valores presentados como n (%).

1 se presentan las características demográficas básicas de ambos grupos.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en término de la edad de las pacientes (aun cuando existe una tendencia a una mayor edad en el grupo de las múltiparas), la edad gestacional al momento del parto, el uso de inductores de la maduración cervical, la amniorraxis, la presencia de líquido amniótico meconial, la necesidad de un parto instrumentado, el peso fetal y la presencia de desgarros. Los desgarros más observados fueron de I y II grados, con solamente 10 casos de desgarros de III grado en el grupo de las NoGM. Esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa.

Sí se encontraron diferencias en la calidad del control prenatal (definido como más de 5 controles prenatales, el primero antes de la semana 20) con un mayor porcentaje en las pacientes NoGM (RR: 1,096; LC 95%: 1,07–1,12); en la necesidad de conducción de la labor con menor necesidad del uso de oxitocina en las GM (RR: 1,08; LC 95%: 1,05–1,11); en la duración de la fase activa de la labor, siendo las labores de las GM mucho más rápidas (45 min más cortas en comparación); en el peso fetal con las GM que presentaron neonatos de mayor peso (108 g de diferencia en promedio), y en la menor necesidad de episiotomía en las GM (RR: 1,13; LC 95%: 1,11–1,15).

En la tabla 2 se presentan las complicaciones maternas. De las 3.573 pacientes, la gran mayoría tuvo labores de parto normal (3.238). Las 335 restantes presentaron cua-

tro complicaciones principalmente: trastornos hipertensivos del embarazo, rotura prematura de las membranas, labor de parto pretérmino y embarazo prolongado. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Los resultados primarios y secundarios se presentan en la tabla 3. Se encontró que la hemorragia posparto es significativamente más frecuente en el grupo de las pacientes GM (RR: 0,34; LC 95%: 0,15–0,81), sin que esto se asocie a una mayor frecuencia de retención de restos de las membranas o la placenta. No hubo diferencias en la frecuencia de revisiones manuales de la cavidad o en los métodos utilizados para el manejo de la hemorragia (masaje uterino adicional, dosis más alta de oxitocina y prostaglandinas).

Discusión

Posterior al análisis de la base de datos de la Sala de Labor de la Maternidad del Hospital Santo Tomás, pudimos evidenciar que la gran multiparidad sí se debe considerar un factor de riesgo importante para la hemorragia posparto (2,8x). La paciente GM ha sido evaluada en otros estudios, obteniéndose similares resultados (riesgo de 2–4 veces mayor de hemorragia posparto)^{14–16}. La explicación de este hallazgo se puede encontrar en el hecho de que no es la contracción del útero lo que previene la hemorragia, sino la retracción de la fibra miométrial. Esta retracción se ve afectada en el útero de la GM por la edad, la cicatrización y el ago-

Tabla 2 Complicaciones médicas

| Complicaciones médicas | Paridad <4 n: 286 | Paridad >5 n: 49 | p |
|---------------------------------------|-------------------|------------------|-------|
| Trastornos hipertensivos del embarazo | 92 (32,2) | 9 (18,3) | >0,05 |
| Rotura prematura de las membranas | 4 (13,9) | 5 (10,2) | >0,05 |
| Parto pretérmino | 31 (10,8) | 1 (2) | >0,05 |
| Embarazo prolongado | 14 (4,9) | 1 (2) | >0,05 |

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Valores presentados como n (%).

Tabla 3 Resultados primarios y secundarios

| Característica | Paridad <4, n: 3.230 | Paridad >5, n: 343 | p |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|-------|
| <i>Resultado primario</i> | | | |
| Hemorragia posparto | 29 (0,9) | 9 (2,6) | 0,008 |
| <i>Resultados secundarios</i> | | | |
| Revisión manual de la cavidad | 1.357 (43,4) | 137 (41,4) | 0,51 |
| Retención de placenta | 44 (1,4) | 6 (1,8) | 0,34 |
| Retención de restos | 62 (1,9) | 10 (2,9) | 0,28 |

Valores presentados como n (%).

tamiento. Igualmente, cambios escleróticos en los vasos uterinos llevan a que éstos se ocluyan con más dificultad, lo que facilita el sangrado continuo y puede llevar a una hemorragia posparto¹⁶.

La paciente GM tiende a ser de mayor edad y a llevar un control prenatal menos apropiado, lo que de por sí aumenta el riesgo de ciertas complicaciones. Por otro lado, la GM facilita la labor de parto, asociándose a una fase activa más corta, a una menor necesidad del uso de oxitócicos para la conducción de la labor y a una menor frecuencia de desgarros vulvovaginales.

Conclusión

La paciente GM tiene un riesgo más elevado de hemorragia posparto. Aun cuando bajo condiciones de controles de salud adecuados este riesgo es manejable, no deja de ser un factor que debe ser tomado en cuenta al tener que atender a una paciente GM en labor. El hecho de que este riesgo elevado se presente aún en una institución donde el manejo activo del estadio III de la labor es rutinario, se debe tomar cuidado extra en las regiones de salud donde esta medida pueda ser obviada. El no darle la debida importancia a este hecho puede conllevar mayores complicaciones, gran parte de ellas perfectamente prevenibles. La gran multiparidad debe ser considerada un factor de «alto riesgo» y el embarazo afectado manejado de forma acorde.

Conflicto de intereses

El estudio contó con el apoyo de los laboratorios farmacéuticos Ferring.

Agradecimientos

El autor quisiera agradecer la labor de los médicos funcionarios y residentes que laboran en la Sala de Partos de la Maternidad del Hospital Santo Tomás y que son los responsables de tabular la información de cada paciente. Sin su dedicada ayuda, esta información seguiría siendo un recuerdo.

Bibliografía

1. World Health Organization Department of Reproductive Health. *Research. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO; 2004.
2. ACOG Educational Bulletin. Postpartum haemorrhage 243, 1998.
3. Abalos E. Active versus expectant management of the third stage of labour: RHL commentary. [consultado 2/3/2009]. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. Manejo activo III estadio.
4. Karlson H, Perez Sanz C. Hemorragia posparto. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32:159–67.
5. Macías EC. Sangramiento post parto. En: Vigil-De Gracia P, editor. *Obstetricia: complicaciones en el embarazo. Primera edición*. Bogotá: Editorial Distribuna; 2008. p. 105–17.
6. Solomons B. The dangerous multipara. *Lancet*. 1934;1:2–8.
7. Evaldson GR. The grand multipara in modern obstetrics. *Gynecol Obstet Invest*. 1990;30:217–23.
8. Goldman GA, Kaplan B, Neri A, Hecht-Resnick R, Harel L, Ovardia J. The Grand Multipara. *Eur J Obstet Gyn Reprod Biol*. 1995;61:105–9.
9. Humphrey MD. Is grand multiparity an independent predictor of pregnancy risk? A retrospective observational study. *MJA*. 2003;179:294–6.
10. Mwambingu FT, Al Meshari AA, Akiel A. The problem of grandmultiparity in current obstetric practice. *Int J Gynaecol Obstet*. 1988;26:355–9.
11. Evaldson GR. The grand multipara in modern obstetrics. *Gynecol Obstet Invest*. 1990;30:217–23.
12. Shagufta Y, Beate D, Malana M, William G. Is grandmultiparity an independent risk factor for adverse perinatal outcomes? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2005;17:277–80.
13. Toohey S, Juliaane A, Keegan A, Kirk JR, Moragn A, Mark Francis J, et al. The “dangerous multipara”: Fact or fiction? *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172:683–6.
14. Babinszki A, Kerenyi T, Torok O, Grazi V, Lapinski RH, Berkowitz RL. Perinatal outcome in grand and great-grand multiparity: Effects of parity on obstetric risk factors. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:669–74.
15. Fuchs K, Peretz BA, Marcovici R, Paldi E, Timor-Tritsh I. The “grand multipara”—is it a problem? A review of 5785 cases. *Int J Gynaecol Obstet*. 1985;23:321–6.
16. Lee KH. The hazards of grand multiparity. *The bulletin of the Hong Kong Chinese medical association*. 1966;18:39–47.