

DOI: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.113-122

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1809>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 113-122







Hemorragia Obstétrica secundaria a la Ablación

Hemorragia Obstétrica secundaria a la Ablación

Hemorragia obstétrica secundária à ablação

Aida García Ruiz¹; Lizbeth Cárdenas Garófalo²; Cecilia Aldana Oliveros Sandoval³; Camila Alejandra Camila Alejandra⁴

RECIBIDO: 11/07/2022 **ACEPTADO:** 03/09/2022 **PUBLICADO:** 01/10/2022

1. Máster en Atención Integral a la Mujer; Licenciada en Enfermería; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; aidita66hildifer@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1522-8409>
2. Magister en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; liz-beth_1@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4003-3865>
3. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; aldana-oliveros@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8350-7768>
4. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; cami.oliveros@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9937-4138>

CORRESPONDENCIA

Aida García Ruiz

aidita66hildifer@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Se considera hemorragia obstétrica grave cuando el sangrado vaginal excede los 1,000 ml, la contracción del útero constituye el mecanismo primario para el control de la hemorragia. La definición operacional debe considerar a toda mujer con sangrado genital excesivo después del parto y la aparición de signos y síntomas de hipovolemia e inestabilidad hemodinámica (hipotensión, taquicardia, oliguria, baja saturación venosa central de oxígeno, hiperlactatemia), a fin de garantizar un diagnóstico más completo. Dentro de las causas de la hemorragia obstétrica son a: "inercia o atonía uterina, que suele relacionarse con sobredistensión uterina (embarazo múltiple), infección uterina, ciertos medicamentos, trabajo de parto prolongado, inversión uterina y retención placentaria. Otras causas tienen que ver con laceraciones del canal del parto o rotura uterina, ablación genital femenina, con defectos de coagulación, desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal, embolismo amniótico y sepsis. El diagnóstico diferencial del sangrado en el primer trimestre debe incluir variedades de aborto (amenaza de aborto, aborto incompleto o completo, aborto retenido), embarazo ectópico y enfermedad del trofoblasto. El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. La histerectomía es sugerida en casos donde la atonía uterina son las anomalías de placentación. Continúa siendo la opción de control de sangrado para salvar la vida de la paciente. La incidencia de cesárea histerectomía ha incrementado no por hemorragia post parto sino básicamente por anomalías de presentación placentaria. Las complicaciones obstétrico-ginecológicas asociadas a la ablación estudiadas: mayor riesgo de infecciones durante el embarazo, problemas durante el parto: el tejido cicatricial derivado de la intervención sobre el perineo de estas mujeres genera una menor elasticidad de la zona, complicaciones fetales: la obstrucción de la región vaginal de las mujeres infibuladas, y el trabajo de parto prolongado, daño en el tejido genital ocasionado por el corte, su contaminación microbiana intrínseca, crea un riesgo de infecciones vaginales. Se aplicó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, con contenido oportuno y relevante para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo.

Palabras clave: Ablación, Hemorragias, Infección, Infertilidad, Histerectomía, Sangrado, Mutilación, Útero, Canal de Parto.

ABSTRACT

Severe obstetric hemorrhage is considered when vaginal bleeding exceeds 1,000 ml, the contraction of the uterus being the primary mechanism for hemorrhage control. The operational definition should consider all women with excessive genital bleeding after childbirth and the appearance of signs and symptoms of hypovolemia and hemodynamic instability (hypotension, tachycardia, oliguria, low central venous oxygen saturation, hyperlactatemia), in order to guarantee a diagnosis more complete. Among the causes of obstetric hemorrhage are: "uterine inertia or atony, which is usually related to uterine overdistention (multiple pregnancy), uterine infection, certain medications, prolonged labor, uterine inversion and placental retention. Other causes have to do with lacerations of the birth canal or uterine rupture, female genital cutting, coagulation defects, placental abruption, fetal death, amniotic embolism and sepsis. The differential diagnosis of first trimester bleeding should include varieties of abortion (threatened abortion, incomplete or complete abortion, missed abortion), ectopic pregnancy, and trophoblast disease. The initial management of obstetric hemorrhage is based on the identification and correction of the cause that originates it. Hysterectomy is suggested in cases where uterine atony is due to placental abnormalities. It continues to be the bleeding control option to save the patient's life. The incidence of cesarean hysterectomy has increased not because of postpartum hemorrhage but basically because of abnormalities of placental presentation. The obstetric-gynecological complications associated with the ablation studied: increased risk of infections during pregnancy, problems during childbirth: the scar tissue derived from the intervention on the perineum of these women generates less elasticity in the area, fetal complications: obstruction of the vaginal region of infibulated women, and prolonged labor, damage to the genital tissue caused by the cut, its intrinsic microbial contamination, creates a risk of vaginal infections. A descriptive methodology was applied, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the network, with timely and relevant content to respond to what is discussed in this article.

Keywords: Ablation, Hemorrhage, Infection, Infertility, Hysterectomy, Bleeding, Mutilation, Uterus, Birth Canal.

RESUMO

Severe obstetric hemorrhage is considered when vaginal bleeding exceeds 1,000 ml, the contraction of the uterus being the primary mechanism for hemorrhage control. The operational definition should consider all women with excessive genital bleeding after childbirth and the appearance of signs and symptoms of hypovolemia and hemodynamic instability (hypotension, tachycardia, oliguria, low central venous oxygen saturation, hyperlactatemia), in order to guarantee a diagnosis more complete. Among the causes of obstetric hemorrhage are: "uterine inertia or atony, which is usually related to uterine overdistention (multiple pregnancy), uterine infection, certain medications, prolonged labor, uterine inversion and placental retention. Other causes have to do with lacerations of the birth canal or uterine rupture, female genital cutting, coagulation defects, placental abruption, fetal death, amniotic embolism and sepsis. The differential diagnosis of first trimester bleeding should include varieties of abortion (threatened abortion, incomplete or complete abortion, missed abortion), ectopic pregnancy, and trophoblast disease. The initial management of obstetric hemorrhage is based on the identification and correction of the cause that originates it. Hysterectomy is suggested in cases where uterine atony is due to placental abnormalities. It continues to be the bleeding control option to save the patient's life. The incidence of cesarean hysterectomy has increased not because of postpartum hemorrhage but basically because of abnormalities of placental presentation. The obstetric-gynecological complications associated with the ablation studied: increased risk of infections during pregnancy, problems during childbirth: the scar tissue derived from the intervention on the perineum of these women generates less elasticity in the area, fetal complications: obstruction of the vaginal region of infibulated women, and prolonged labor, damage to the genital tissue caused by the cut, its intrinsic microbial contamination, creates a risk of vaginal infections. A descriptive methodology was applied, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the network, with timely and relevant content to respond to what is discussed in this article.

Palavras-chave: Ablação, Hemorragia, Infecção, Infertilidade, Histerectomia, Sangramento, Mutilação, Útero, Canal de Nascimento.

Introducción

La Ablación o Mutilación Genital Femenina es considerada como una de las prácticas tradicionales más perjudiciales extendida en el mundo, que viola la integridad de la mujer. Para (Gombau, 2018) cita a la Organización Mundial de la Salud, “la ablación comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos”. Dichos procedimientos no aportan ningún beneficio para la salud, la eliminación o daño al tejido genital sano puede provocar, de forma inmediata y a largo plazo, graves consecuencias para la salud de las niñas y mujeres afectadas, e incluso la muerte.

Según un informe publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF):

Se estima que 200 millones de mujeres y niñas en todo el mundo han sufrido alguna modalidad de ablación, de las cuales 44 millones son menores de 14 años. Si la tendencia actual continúa en el año 2030, aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo sufrirán algún tipo de circuncisión femenina. La práctica se realiza principalmente en 30 países esencialmente del África subsahariana, pero también en Egipto, Yemen o Indonesia, India, o incluso en determinados grupos étnicos de América del Sur. Se han evidenciado casos en países occidentales como consecuencia de los flujos migratorios (Gombau, 2018).

Es importante evaluar las consecuencias que la ablación tiene sobre la salud de las niñas y las mujeres, las mismas varían en función del tipo de mutilación y las condiciones en las que se lleva a cabo. Habitualmente afirma (Araque, 2016) “se efectúan en circunstancias precarias, poco salubres, puesto que existen leyes que prohíben su práctica”. Al realizarlas mayormente en entornos poco higiénicos y con instrumentos

no desinfectados, el riesgo de hemorragias, infecciones y complicaciones es elevado, incrementando la probabilidad de daños ocasionados por la propia intervención.

Los efectos perjudiciales que la ablación en el área genital femenina produce en la salud sexual y reproductiva de las mujeres es lo que la diferencia de otras mutilaciones corporales, siendo necesario su estudio. Dentro de las complicaciones obstétricas evidenciadas por Gombau, (2018) que esta práctica desencadena en la salud materna destacan:

- Aumento del número de cesáreas y episiotomías.
- Incremento de hemorragias postparto.
- Mayor número de desgarros perineales.
- Problemas de infertilidad primaria.
- Aparición de fístulas obstétricas.
- Aumento de la tasa de mortalidad materna.

Todo lo expuesto hasta ahora, justifica la importancia del estudio de este tema, desde una perspectiva científica como se desarrollará en la presentación de los resultados a continuación.

Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema “Hemorragia Obstétrica secundaria en Ablación”. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

Resultados

Hemorragia Obstetricia Secundaria

La hemorragia obstétrica posparto desde el punto de vista teórico puede dividirse en: primaria y secundaria. La primaria se define en Hernández, Graciano, Buensuseso, Mendoza, & Zamora, (2013) como “aquella que ocurre en las primeras 24 horas después al parto”; mientras que la secundaria “ocurre después de las 24 h y hasta las seis semanas siguientes al parto”. De acuerdo a la cuantificación de sangrado puede dividirse en:

- Menor (500-1,000 ml de sangrado).
- Mayor (> 1,000 ml de sangrado).

Se considera hemorragia obstétrica grave cuando el sangrado vaginal excede los 1,000 ml, para Hernández, Graciano, Buensuseso, Mendoza, & Zamora, (2013) se ha demostrado:

40% de las pacientes pierde más de 500 ml después de un parto vaginal, y 30% pierde más de 1,000 ml después de una cesárea electiva, lo que señala que las pérdidas estimadas son habitualmente la mitad de las pérdidas reales. El 20% del gasto cardiaco per funde el útero gravídico de término, equivalente a 600 ml de sangre por minuto. La contracción del útero constituye el mecanismo primario para el control de la hemorragia (p. 187).

Por esta razón la definición operacional debe considerar a toda mujer con sangrado genital excesivo después del parto y la aparición de signos y síntomas de hipovolemia e inestabilidad hemodinámica (hipotensión, taquicardia, oliguria, baja saturación venosa central de oxígeno, hiperlactatemia), a fin de garantizar un diagnóstico más completo.

<p>1. Criterio basado en las pérdidas hemáticas</p> <p>a. Evaluación subjetiva y objetiva</p> <p>I. Graves: ≥ 1000 mL</p> <p>II. Masivas: ≥ 1.500 mL</p> <p>III. Exanguinantes: ≥ 2.500 ml o ≥ 150 mL/m</p> <p>b. Evaluación en base a estudios complementarios</p> <p>I. Caída del hematocrito ≥ 10 puntos – masiva –</p>
<p>2. Criterio basado en el recurso terapéutico</p> <p>a. Histerectomía de urgencia</p> <p>b. Ingreso a la unidad de cuidados intensivos</p> <p>c. Transfusión masiva: ≥ 4 unidades/hora o $\geq 50\%$ volém en tres horas</p>
<p>3. Criterio basado en la disfunción orgánica</p>

Cuadro 1. Criterios de Clasificación de Gravedad de Hemorragia Obstetricia

Fuente: (Malvino E. , 2017).

Se estima que “alrededor de 150 mL de la sangre perdida está contenida dentro de la placenta expulsada” (Quiñones 2010). La elevada irrigación sanguínea uterina al final de la gestación, del orden de 600-800 mL/m, y una amplia red anastomótica convierte cada caso en una potencial hemorragia exanguinante.

Teniendo en cuenta las bajas tasas de mortalidad materna vinculadas con las hemorragias obstétricas en países desarrollados, se adjudicó relevancia al concepto de morbilidad obstétrica grave, entiendo por tal “la existencia de toda complicación, durante cualquier periodo del embarazo o el puerperio, relacionada o agravada por la gestación o su manejo, excluyendo causas accidentales o incidentales” (Malvino 2008). En general, los términos: casi perdido - near miss -, morbilidad materna severa o morbilidad obstétrica, se utilizan en forma indistinta.

Etiología y Factores de Riesgo

Alrededor del 80% de las causas de la hemorragia obstetricia son atribuibles según Hernández, Graciano, Buensuseso, Mendoza, & Zamora, (2013) a: “inercia o atonía uterina, que suele relacionarse con sobre-distensión uterina (embarazo múltiple), infección uterina, ciertos medicamentos, tra-

bajo de parto prolongado, inversión uterina y retención placentaria”.

Las otras causas tienen que ver con laceraciones del canal del parto o rotura uterina, ablación genital femenina, con defectos de coagulación, desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal, embolismo amniótico y sepsis. El diagnóstico diferencial del sangrado en el primer trimestre debe incluir variedades de aborto (amenaza de aborto, aborto incompleto o completo, aborto retenido), embarazo ectópico y enfermedad del trofoblasto.

Un hecho importante lo constituye, la evaluación de la paciente permitirá descartar otras causas más infrecuentes (hemorragia de la implantación, hemorragia cervical o vaginal). En el segundo y tercer trimestre

de la gestación, la hemorragia obstétrica es menos frecuente con respecto al primero, siendo las causas más comunes de sangrado Hernández, Graciano, Buensuseso, Mendoza, & Zamora, (2013):

La pérdida asociada a incompetencia cervical o trabajo de parto prematuro, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (30%) y rotura uterina (infrecuente). Las mujeres que han tenido una hemorragia posparto tienen un riesgo de 10% de recurrencia del sangrado en el siguiente embarazo (p. 190).

A continuación, se muestra un algoritmo que resume la etiología de la hemorragia postparto:

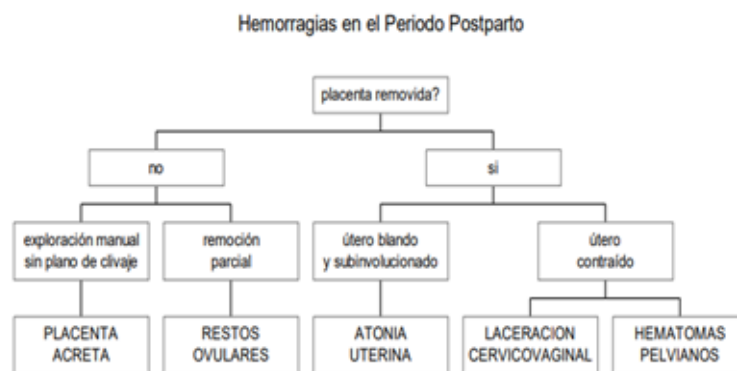


Figura 1. Criterios de Clasificación de Gravedad de Hemorragia Obstetricia

Fuente: (Malvino E. , 2017).

Las lesiones del canal de parto, casi siempre suceden después de partos instrumentados, precipitados o con fetos macrosómicos, también pueden presentarse ante cualquier tipo de parto vaginal, en especial con ablación genital. Estas lesiones pueden producir hematomas, que al no ser diagnosticados en el posparto inmediato pueden iniciar como hemorragia posparto secundaria. Estas hemorragias son más frecuentes en los primeros días posteriores al parto.

También puede iniciarse, afirma Vélez, Agudel, Gómez, & Zuleta, (2009) “una infección de la línea de sutura con dehiscencia secundaria de la episiotomía, pudiendo originar sangrado que suele ser de escasa cuantía”. Ante una hemorragia posparto secundaria debe llevarse a cabo una inspección cuidadosa de todo el periné y la vagina. Se manifiesta con una hemorragia persistente, su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vagina-

les o perineales pueden realizarse en sala de partos, poniendo cuidado a la formación de hematomas.

Tratamiento

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en (Asturizaga & Toledo, 2014):

Tratamiento no quirúrgico. Tratamiento medicado

- Oxitócicos: oxitocina 10 U, endovenoso lento, constituye una de las recomendaciones preventivas, mantener con 20U en 500 ml de solución glucosada.
- Maleato de ergometrina 0,2 mg IM y reevaluar a los 10 minutos.
- Carbetocina 100 ug, IV previa liberación de receptores con 200 ml de solución fisiológica a infusión continua por 5 a 6 minutos.
- Misoprostol 800 a 1000 Ug, vía rectal.
- El ácido trenexamico se ha sugerido en caso de atonía refractaria o sangrado persistente secundario a trauma genital.

Tratamiento intervencionista

- Masaje uterino bimanual, una mano a través de la vagina en puño presionando la pared anterior del útero y la otra supra umbilical sobre cara posterior del cuerpo uterino.
- Taponamiento uterino, con una efectividad del 84 % de los casos, afirma (Asturizaga & Toledo, 2014), el dispositivo más utilizado es el catéter Sengstaken Blakemore.
- La colocación de un balón (Cobra Cordis 5F) a la arteria iliaca interna a través de la femoral común, siguiendo la técnica de Seldinger, a una presión 1-2atm., se insufla y se deja por 24 horas a 48 horas, con profilaxis antibiótica. Este pro-

cedimiento es seguro, efectivo y viable en pacientes inestables. Es importante contar con el apoyo de un radiólogo experimentado.

- Indumentaria anti-choque, no es muy recomendado, puede beneficiar al paciente a disminuir la pérdida de sangre 200 ml aproximadamente, sin descartar la conducta quirúrgica a seguir.

Tratamiento radiológico: para paciente estable, la embolización de la arteria uterina “alcanza una efectividad del 90%, preservando la fertilidad y recuperando las menstruaciones en un 100% después de un parto” (Asturizaga & Toledo, 2014). Puede presentarse complicaciones como: dolor, fiebre, embolismo pulmonar, infección pélvica hasta necrosis de útero y vejiga.

Tratamiento quirúrgico

Cirugía conservadora: se recurre a ella si las otras medidas son insuficientes.

- Ligadura de Arteria Uterina inmediatamente después del alumbramiento.
- Ligadura de la arteria iliaca interna.
- Balón del Catéter Fogarty, colocado en arteria iliaca interna durante el preoperatorio sin complicaciones en la cesárea hysterectomía.
- Las suturas de compresión uterina (B-Lynch), existe riesgo de necrosis uterina, adherencias intrauterinas y abdominales, así como piometra.
- Múltiples suturas cuadradas: procedimiento seguro para hemorragia masiva post parto, asociada a pocas complicaciones de infección, isquemia y adherencias.

Cirugía radical

La hysterectomía es sugerida en casos donde la atonía uterina son las anomalías de placentación. Continúa siendo la opción de control de sangrado para salvar la vida

de la paciente. Se realiza para salvar la vida y antes de desencadenar una coagulopatía. La incidencia de cesárea histerectomía ha incrementado no por hemorragia post parto sino básicamente por anomalías de presentación placentaria (Asturizaga & Toledo, 2014) “de 2,6 x 10000 nacimientos en 1991 a 1993, a 4,6 x 10000 de 1998 al 2000 y finalmente 8x10000 nacimientos en 1998 al 2006, en Canadá y Australia”.

Prevención de la hemorragia posparto secundaria

Diversos estudios sugieren diferentes aptitudes diagnóstico-terapéuticas como parte de la atención prenatal rutinaria, con el objetivo de disminuir la incidencia de la hemorragia posparto secundaria; entre ellas se mencionan las propuestas por (García, Álvarez, Rubio, & Borrajo, 2017):

- Exploración y legrado de la cavidad uterina posparto.
- La aspiración.
- Control ecográfico sistemático y la cobertura antibiótica profiláctica, de ser requerida,

Un artículo realizado por Malvino, Eisele, Martinez, & Lowenstein, (2008) proponen que “ninguna de estas medidas es ineficaz para disminuir la incidencia de hemorragia posparto secundaria, sino que, muchas de ellas se asocian con complicaciones importantes e incremento innecesario de los recursos y gasto en salud”. La hemorragia posparto secundaria puede ser un suceso recurrente, particularmente cuando su origen se debe a la retención de restos placentarios. En estos casos es probable que la planificación prenatal y postnatal reduzca la morbilidad por hemorragia puerperal.

Ablación Genital Femenina. Riesgos de hemorragias obstétricas.

La ablación/mutilación genital femenina, se define por la Organización Mundial de la Salud como: “todos aquellos procedi-

mientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales femeninos externos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, por motivos no médicos” (Jiménez, Almansa, Pastor, & Pina, 2012).

Tipos y Clasificación

La Organización Mundial de la Salud clasificó la ablación en cuatro grandes categorías en 1995. Posteriormente, en 2007, revisa de nuevo dicha clasificación y añade algunos matices y sub-clasificaciones, así lo escribe (Gombau, 2018):

Tipo I ó Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris y/o el prepucio. Puede realizarse la extirpación del prepucio únicamente o la extirpación del clítoris con el prepucio.

Tipo II ó Excisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores. También puede efectuarse la extirpación sólo de los labios menores o la extirpación parcial o total del clítoris y labios menores. Los tipos I y II son los más comunes y son predominantes en los países del África subsahariana occidental.

Tipo III ó Infibulación: consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris. Ambos muñones son suturados (generalmente con alambre, espigas de acacia o hilo de pescar) dejando pequeños orificios del tamaño de una astilla de madera o una paja con la única finalidad de que pueda pasar la orina o la sangre menstrual. Ésta minúscula apertura hace que la penetración durante las relaciones sexuales, en la mayoría de los casos, sea imposible, por lo que, en la noche de bodas, tras 24 su casamiento, la mujer es sometida al corte de dicha cicatriz o al desgarro traumático por su marido, con el pene, para posibilitar el coito.

Tipo IV: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos femeninos con fines no terapéuticos, tales como los pinchazos, la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital, quemado del clítoris, introducción de sustancias corrosivas o hierbas dentro de la vagina para reducirla o estrecharla.

Las personas tradicionalmente responsables de realizar las mutilaciones no disponen de ningún tipo de conocimiento anatómico ni sanitario. Un alto porcentaje de las mismas son de edad avanzada, por lo que no pueden distinguir más que a grandes rasgos las diferentes partes de los genitales femeninos debido a los problemas de visión que suelen presentar. Los precarios instrumentos con los que las mutilaciones se suelen realizar (navajas, cuchillos de afeitar, trozos de vidrio) no permiten ningún tipo de precisión ni se encuentran debidamente esterilizados. Cada vez más se practica a niñas de apenas horas, días o semanas de vida por lo que el reducido tamaño de los genitales femeninos en esas edades hace que la mutilación sea aún menos precisa. Suele realizarse sin anestesia, lo que agrava también los daños producidos, afirma (Gombau, 2018) en su investigación.

Otras complicaciones obstétrico-ginecológicas asociadas a la ablación estudiadas por (Jiménez, Almansa, Pastor, & Pina, 2012) son:

- Mayor riesgo de infecciones durante el embarazo: el embarazo provoca cambios fisiológicos en la mujer, el aumento de la vascularización de la zona vaginal y la relajación de los músculos lisos del perineo, lo que sumado al hecho de que en las mujeres infibuladas la apertura del canal urinario se mantiene constantemente húmedo, conlleva un aumento del riesgo de infección.
- Problemas durante el parto: el tejido cicatricial derivado de la intervención sobre el perineo de estas mujeres genera una menor elasticidad de la zona,

lo que dificulta la realización de un examen vaginal completo para comprobar el progreso del trabajo del parto. En las mujeres infibuladas, dar a luz de forma natural es casi imposible, la presión generada sobre el canal del parto por el feto puede derivar en desgarros perineales y hemorragias severas que requieran de intervención quirúrgica.

- Complicaciones fetales: la obstrucción de la región vaginal de las mujeres infibuladas, y el trabajo de parto prolongado pueden provocar asfixia neonatal con sus repercusiones sobre el neonato como daño cerebral o la muerte.
- Infertilidad primaria: los resultados de un estudio realizado por Almoth et al en 2005, indican: “una asociación positiva entre la extensión anatómica de la ablación genital femenina y la infertilidad primaria. El daño en el tejido genital ocasionado por el corte, su contaminación microbiana intrínseca, crea un riesgo de infecciones vaginales. Adicionalmente, en las niñas no existe un entorno de protección completo contra infecciones, debido a que el nivel de estrógenos es bajo, el epitelio de la vagina es delgado y existe una falta de acidez vaginal. En ausencia de este entorno de protección, la infección puede ascender hasta el útero y las trompas de Falopio con el consiguiente riesgo de producir infertilidad primaria, la alteración de la anatomía normal de la vulva de las niñas puede generar cambios estructurales y fisiológicos, que a su vez pueden tener efectos negativos sobre la reproducción.

Conclusión

El clasificar una hemorragia obstétrica en primaria o secundaria es más complejo que guiarse por la cantidad de sangre perdida, la definición operacional debe considerar a toda mujer con sangrado genital excesivo después del parto y la aparición de signos y síntomas de hipovolemia e inestabilidad

hemodinámica (hipotensión, taquicardia, oliguria, baja saturación venosa central de oxígeno, hiperlactatemia), a fin de garantizar un diagnóstico más completo.

Las lesiones del canal de parto, casi siempre suceden después de partos instrumentados, precipitados o con fetos macrosómicos, también pueden presentarse ante cualquier tipo de parto vaginal, en especial con ablación genital. Estas lesiones pueden producir hematomas, que al no ser diagnosticados en el posparto inmediato pueden iniciar como hemorragia posparto secundaria. Estas hemorragias son más frecuentes en los primeros días posteriores al parto. Ante una hemorragia posparto secundaria debe llevarse a cabo una inspección cuidadosa de todo el periné y la vagina. Se manifiesta con una hemorragia persistente, su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden realizarse en sala de partos, poniendo cuidado a la formación de hematomas.

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. La histerectomía es sugerida en casos donde la atonía uterina son las anomalías de placentación. Continúa siendo la opción de control de sangrado para salvar la vida de la paciente. Se realiza para salvar la vida y antes de desencadenar una coagulopatía. La incidencia de cesárea histerectomía ha incrementado no por hemorragia post parto sino básicamente por anomalías de presentación placentaria.

Las complicaciones obstétrico-ginecológicas asociadas a la ablación estudiadas:

- Mayor riesgo de infecciones durante el embarazo: el embarazo provoca cambios fisiológicos en la mujer, el aumento de la vascularización de la zona vaginal y la relajación de los músculos lisos del perineo conlleva un aumento del riesgo de infección.

- Problemas durante el parto: el tejido cicatricial derivado de la intervención sobre el perineo de estas mujeres genera una menor elasticidad de la zona, lo que dificulta la realización de un examen vaginal completo para comprobar el progreso del trabajo del parto.
- Complicaciones fetales: la obstrucción de la región vaginal de las mujeres infibuladas, y el trabajo de parto prolongado pueden provocar asfixia neonatal con sus repercusiones sobre el neonato como daño cerebral o la muerte.
- El daño en el tejido genital ocasionado por el corte, su contaminación microbiana intrínseca, crea un riesgo de infecciones vaginales. En ausencia de este entorno de protección, la infección puede ascender hasta el útero y las trompas de Falopio con el consiguiente riesgo de producir infertilidad primaria, la alteración de la anatomía normal de la vulva puede generar cambios estructurales y fisiológicos, con efectos negativos sobre la reproducción.

Bibliografía

- Araque, M. (2016). Ablación/mutilación genital femenina: estado de la cuestión. Universidad de Jaén, Derecho Público y Derecho Privado Especial. Retrieved 2022, from <https://tauja.ujaen.es>
- Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). Hemorragia Obstétrica. *Revista Médica La Paz*, 20(2). Retrieved 2022, from <http://www.scielo.org.bo>
- García, S., Álvarez, E., Rubio, P., & Borrajo, E. (2017). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Ginecología y Obstetricia de México*, 85(4). Retrieved 2022, from <https://www.scielo.org.mx>
- Gombau, L. (2018). Complicaciones obstétrico-ginecológicas en mujeres procedentes de países de riesgo de ablación/mutilación genital femenina : estudio comparativo. Escuela Internacional de Doctorado. Universidad de Murcia. Retrieved 2022, from <https://digitum.um.es>
- Hernández, G., Graciano, L., Buensuseso, J., Mendoza, J., & Zamora, E. (2013). Hemorragia obstétrica posparto: reanimación guiada por metas. *Revista del Hospital Juarez de Mejiro*, 80(3), 183

- 191. Retrieved 2022, from <https://www.medigraphic.com>

Jiménez, I., Almansa, P., Pastor, M., & Pina, F. (2012, Octubre). Enfermería Global N° 28 Octubre 2012 Página 396 ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. *Enfermería Global*, 28, 396 - 410. Retrieved 2022, from <https://revistas.um.es/eglobal>

Malvino, E. (2017). *Hemorragias Obstétricas Graves* (Vol. II). Buenos Aires: Biblioteca de Obstetricia

Crítica. Retrieved 2022, from <http://www.obstetriciacritica.com>

Malvino, E., Eisele, G., Martínez, M., & Lowenstein, R. (2008). Morbilidad Materna Severa vinculadas con Hemorragias Obstétricas admitidas en el área de Cuidados Intensivos. *Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*, 66(2), 49 - 55. Retrieved 2022, from <http://www.obstetriciacritica.com>

Vélez, G., Agudel, B., Gómez, J., & Zuleta, J. (2009). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(1). Retrieved 2022, from <http://www.scielo.org.co/>

CITAR ESTE ARTICULO:

García Ruiz, A., Cárdenas Garófalo, L., Oliveros Sandoval, C. A., & Oliveros Sandoval, C. A. (2022). Hemorragia Obstétrica secundaria a la Ablación. *RECIMUNDO*, 6(4), 113-122. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.113-122](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.113-122)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.