

LA HEMORRAGIA POSPARTO: MANEJO Y PREVENCIÓN

AUTORÍA

Bueno Montero Estefanía*

* Diplomada universitaria en enfermería y especialista obstétrica- ginecológica (Matrona). Matrona en hospital Materno-infantil Badajoz

RESUMEN

Una de las complicaciones más urgentes y peligrosas que puede sufrir una gestante al dar a luz es la temida "Hemorragia posparto". Es un tipo de hemorragia obstétrica caracterizada por la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea durante las primeras veinticuatro horas del puerperio. También se acepta como definición la caída en 10% en los niveles de hematocrito.

La hemorragia posparto se conoce que es la causa más importante de hemorragia en el puerperio además de la principal causa de muerte materna en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial.

Se diferencian dos tipos: La hemorragia posparto temprana, que sucede dentro de las primeras veinticuatro horas del parto, y la tardía, que ocurre transcurridas estas primeras veinticuatro horas hasta seis semanas después del parto.

Las más frecuentes son las tempranas que se presentan de manera súbita coincidiendo dentro del tiempo que la mujer aún permanece ingresada.

Objetivos

Principal: Dar a conocer la incidencia de la Hemorragia posparto y los riesgos tan severos que sufre la mujer que la puede llegar a padecer.

Específico: Sensibilizar e instruir al personal de Enfermería para su manejo y posible prevención.

PALABRAS CLAVE

Hemorragia posparto, puerperio, atonía uterina y gestación

TITLE

Management of postpartum hemorrhage

ABSTRACT

One of the most urgent and dangerous complications that can have a pregnant woman giving birth is the dreaded "postpartum hemorrhage". It is a type of obstetric hemorrhage characterized by the loss of more than 500 ml of blood after a vaginal delivery or more than 1000 ml of blood after a cesarean during the first twenty four hours after the birth.

Postpartum hemorrhage is known to be the most important cause of postpartum hemorrhage in addition to the leading cause of maternal death in developed countries and a principal cause of morbidity worldwide.

There are two different types: The early postpartum hemorrhage, which occurs within the first twenty-four hours of birth, and late, occurring elapsed these first twenty-four hours to six weeks after delivery. The most common are the earliest to occur suddenly coincide within the time that the woman still remains hospitalized.

KEYWORDS

Postpartum hemorrhage, postpartum, pregnancy and uterine atony

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de muerte materna en el mundo (17-40%), principalmente en países en vías de desarrollo o subdesarrollados. La Organización Mundial de la Salud estima aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragias posparto y deja complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente.

La HPP puede conducir a la muerte en un corto periodo de tiempo, existe un estudio que demuestra que el 89% de las muertes por HPP ocurren dentro de las 4 primeras horas posparto.

La HPP posee un origen multifactorial ya que pueden provocarla varias causas, encontramos que la Atonía uterina(AU).

La AU es la situación en la cual el útero de la mujer tras el parto no se contrae debidamente dando lugar a la hemorragia, es la principal causa(80%) de HPP primaria presentándose en uno de cada veinte partos, dentro de las causas que pueden provocar esta atonía encontramos: La Sobredistensión, la administración de Medicamentos relajantes uterinos, la fatiga del músculo uterino tras el esfuerzo ejercido en el parto

o la retención placentaria por ejemplo; y dentro de los Factores de riesgo: obesidad, placenta previa, multiparidad, hemorragia posparto previa o preeclampsia.

El cuadro clínico va a depender de la etiología y de la magnitud del sangrado.

MATERIAL Y METODO

A través de una Búsqueda bibliográfica exhaustiva (pubmed, uptodate, cochrane, medline, asociación española de fisioterapeutas, sociedad española de fisioterapia en pelviperineología, sociedad española de obstetricia y ginecología y organización mundial de la salud)

○ Criterios de inclusión:

La búsqueda se ha realizado entre los años 1990 al 2013 seleccionando todos los estudios hallados sobre el tema, publicaciones en revistas científicas, trabajos de investigación realizados, monografías, Exposiciones en congresos nacionales e internacionales En el idioma español e inglés

RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica dentro de la evidencia respecto a la HPP encontramos que la labor más importante es la prevención.

La principal medida que ha demostrado ser eficaz desde el punto de vista estadístico es la instauración

del **manejo activo del alumbramiento** que garantiza una reducción de pérdida sanguínea de 1 litro o más y consiste en la administración de profilaxis uterotónica en el momento o después del nacimiento del neonato, tracción controlada del cordón junto con el pinzamiento precoz del mismo. *“No se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contra-tracción por encima del pubis con la otra mano”*

Otras medidas preventivas incluyen:

Lano realización rutinaria de episiotomía definida como realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné cuya finalidad es la de ampliar el canal blando de parto.

Es muy importante además la detección y tratamiento a tiempo de la **anemia** durante el embarazo.

Dentro de la gama de agentes **uterotónicos** en el mercado para la profilaxis de la HPP obtenemos los siguientes resultados:

La administración de **oxitocina** se puede afirmar que posee un uso seguro y conlleva bajos riesgos, se la considera la droga uterotónica más comúnmente utilizada. por su demostrada efectividad para disminuir la incidencia de HPP

Los **ergóticos** como alternativa a la oxitocina poseen más efectos indeseables como vómitos o subida de la presión arterial, además, la Ergonovina es menos estable a temperatura ambiente y tiende a perder su potencia con mayor rapidez, especialmente en climas tropicales.

Las **prostaglandinas** también son efectivas para controlar el sangrado, pero tienen diversos efectos secundarios, entre los que se cuentan diarrea, vómitos y dolor

Abdominal.

Al investigar **Tratamiento para la hemorragia postparto primaria:**

- Estudio SA 2001 Fue un estudio clínico aleatorizado con simple ciego que comparó *800 µg de misoprostol* rectal con un “régimen estándar” para el tratamiento de la HPP *VS sintometrina intramuscular más infusión de oxitocina*. El estudio cesó rápidamente al comprobar que en comparación con el régimen estándar, hubo un beneficio significativo en la rama de misoprostol con respecto al cese del sangrado dentro de los 20 minutos (6% versus 34%; riesgo relativo [RR]: 0.18; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0.04 a 0.67). Además, en el grupo misoprostol, hubo una necesidad significativamente menor de realizar una intervención médica adicional.

- Dos estudios clínicos controlados aleatorizados realizados en Sudáfrica (2004) y Gambia (2004). Eran estudios clínicos doble ciego comparando regímenes de *misoprostol VS placebo* para el tratamiento de la HPP. Los resultados demostraron una tendencia hacia una menor pérdida de sangre con misoprostol en comparación con placebo.

- Registro de Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (31 de octubre de 2006):

- Se incluyeron tres estudios (con 462 participantes). Dos estudios clínicos

aleatorizados controlados con placebo compararon misoprostol (dosis de 600 a 1000 mcg) con placebo y demostraron que el uso de misoprostol no estaba asociado con ninguna reducción significativa de la mortalidad materna (dos estudios clínicos con 398 mujeres; riesgo relativo [RR] 7.24, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0.38 a 138.6), la histerectomía (dos estudios clínicos con 398 mujeres; RR: 1.24, IC 95%: 0.04 a 40.78), el uso adicional de agentes uterotónicos (dos estudios clínicos con 398 mujeres; RR: 0.98, IC 95%: 0.78 a 1.24), las transfusiones sanguíneas (dos estudios clínicos con 394 mujeres; RR: 1.33, IC 95%: 0.81 a 2.18), o la evacuación de restos retenidos (un estudio clínico con 238 mujeres; RR: 5.17, IC 95%: 0.25 a 107). El uso de misoprostol se asoció a un aumento significativo de la pirexia materna y los escalofríos.

- Uso de carbetocina (Revisión Cochrane 2012): En la revisión se incluyeron 11 estudios (2635 mujeres). Seis ensayos compararon carbetocina con oxitocina; cuatro se realizaron en mujeres que tuvieron parto por cesárea; uno se realizó en mujeres después del parto vaginal y uno no señaló con claridad la forma del parto. En los ensayos la carbetocina se administró como una dosis intravenosa de 100 µg, mientras que la oxitocina se administró por vía intravenosa pero en dosis variadas. En las mujeres a las que se les realizó cesárea la carbetocina dio lugar a una reducción estadísticamente significativa en la necesidad de uterotónicos terapéuticos en comparación con la oxitocina, pero no hubo diferencias en la incidencia de hemorragia posparto. En la prevención de la HPP en mujeres que tuvieron parto vaginal la carbetocina se asocia con menos pérdida de sangre en comparación con la sintometrina y se asocia con significativamente menos efectos adversos. Se necesitan estudios de investigación adicionales para analizar la relación entre costo y efectividad de la carbetocina como agente uterotónico.

CONCLUSIONES

Queda demostrada la alta mortalidad-morbilidad de la HPP, y justificando por ello que los profesionales de la salud han de estar preparados para su: Identificación, su prevención (Si es posible) y su manejo.

Un pilar importantísimo en el enfoque terapéutico son las medidas generales que deben realizar a toda paciente afecta de HPP, Las medidas generales son las famosas ABC.

A.ASSESSMENT: Consiste en una observación-evaluación continua del estado hemodinámico de la mujer (monitorización de signos vitales y diuresis) y buscar la etiología del sangrado.

B.BREATHING: Suplementación de oxígeno (Aproximadamente 5lt/min por máscara facial)

C.CIRCULATION: Asegurarnos acceso venoso (canalizar dos venas periféricas con catéter número 16-18), reposición de pérdidas estimadas (cristaloides o hemoderivados). Los cristaloides se reponen 3:1 y los glóbulos rojos empacados 1:1.

Para el Manejo de la AU (Causa más frecuente de HPP) encontramos dos piezas clave: El masaje uterino bimanual y la administración de drogas uterotónicas, concluyendo que la OXITOCINA es la droga de elección por su rápido inicio de acción, Mayor efectividad y menos efectos colaterales.

Cuya dosis recomendada: 20 U en 500 ml de solución cristalóide en infusión a 250cc/hora, puede duplicarse la

concentración. Dosis de mantenimiento: 20-40 U en 500ml de sol. Cristalóide a 60cc/h.

Y como última opción si nada de lo anterior es eficaz fallándonos el manejo farmacológico estaría indicado el tratamiento quirúrgico, el cual nos ofrece varias opciones y siempre sería la última etapa si con todo lo anterior no queda resuelta la HPP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaime Botero Uribe; Alfonso Júbiz Hazbún, Guillermo Henao. *Obstetricia y Ginecología* (7ma edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. ISBN 9583358339. Consultado el 05 de junio de 2009.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Impreso por: Gráficas Marte, S.L. I.S.B.N.: 978-84-690-5397-3.
3. ACOG Practice Bulletin no. 76. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108 (4):1039-1047
4. Santiago Cabrera Ramos Hemorragia Posparto.. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010;56:23-31.
5. Qadir Khan G, IS Jhon, Wani S. "Controlled cord traction versus minimal intervention technique in delivery of the placenta: A randomized controlled trial". *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:770-4.
6. Ratnam SS, Viegas OAC, Sing K. "Magnitude and causes of maternal mortality as a basis for its prevention". Ott Publishers. 1989: 80-90
7. Turmen T. "Safe motherhood: A global problem. Report from a symposium on the prevention and management of anaemia in pregnancy and postpartum hemorrhage". World Health Organization. Zurich, 1996: 1-13.
8. Davies GA, Tessier JL, Woodman MC, et al. Maternal hemodynamics after oxytocin bolus compared with infusión in the third stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 294.
9. Lalonde A, Acosta A, Herschderfer B, et al. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO Initiative 2004—2006. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94 (4) 243-253
10. Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Issue 4. Art. No.: CD001808; DOI: 10.1002/14651858.CD001808.
11. Schierhout G, Roberts I. Fluid resuscitation with colloid or crystalloid solutions in critically ill patients: a systematic review of randomised trials. *British Medical Journal* 1998; 316: 91- 9
12. Rendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art.No.:CD000007. DOI: 10.1002/14651858. CD000007.
13. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art.No.:CD005456. DOI: 10.1002/14651858.CD005456.pub2.
14. Hogerzeil HV. Instability of (methyl)ergometrine in tropical climates: an overview. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 69:25 - 29 (1996).
15. Gülmezoglu AM Prostaglandins for prevention of postpartum hemorrhage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software, Ltd.
16. Lokugamage AV, Sullivan KR, Niculescu L, Tigere P, et al. A randomised study comparing rectally administered misoprostol versus syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary postpartum haemorrhage. *Acta obstetrica gynecologica scandinavica* 2001;80 (9):(9).835-839.
17. Walraven G, Dampha Y, Bittaye B, Sowe M, Hofmeyr J. Misoprostol in the treatment of postpartum haemorrhage in addition to routine management: a placebo randomized controlled trial. *British journal of obstetrics and gynaecology* 2004;111: 1014-1017.
18. Hofmeyr J, Ferreira S, Nikodem C, Mangesi L, et al. Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial. *BioMed Central Pregnancy and childbirth* 2004;4:16.
19. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2007, Número 4, artículo n.º: CD003249. DOI: 10.1002/14651858.CD003249.pub2.
20. Su L, Chong Y, Samuel M. Carbetocina para la prevención de la hemorragia posparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 4. Art. No.: CD005457. DOI: 10.1002/14651858.CD005457