

Sangrado en obstetricia

Alejandra Debonis

Instituto de Diagnóstico Cardiovascular, La Plata.
Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red, Florencio Varela

aledebonis@hotmail.com



REVISIÓN

SUPLEMENTO, Vol. 16: 21-24
Año 2012

“Si las madres recibieran atención postparto con la misma regularidad con la que reciben atención prenatal, la mortalidad materna disminuiría”

Li et al. 1996

La hemorragia post-parto (HPP) continúa siendo un riesgo potencial de los partos y cesáreas, pudiendo ser causa de muerte materna. La Organización Mundial de la Salud define la HPP como la pérdida de sangre mayor de 500mL durante el parto, o toda pérdida sanguínea que cause inestabilidad hemodinámica. Podemos decir que HPP grave es aquella que reúne uno o más de los siguientes criterios:

- Pérdida del 25% de la volemia.
- Caída de hematocrito en más de 10 puntos
- Pérdida sanguínea asociada a cambios hemodinámicos.
- Pérdida mayor a 150mL/min
- Caída en los niveles de hemoglobina mayor de 4 g/dL
- Requerimiento transfusional mayor a 4 unidades de GRD
- Hemorragia que conduce a muerte materna

La incidencia de la hemorragia obstétrica grave post-parto es de alrededor del 5 al 15%, con una mortalidad de 1:1000 en aquellos países en vía de desarrollo. Más del 80% corresponden a atonías uterinas. La mortalidad materna global por HPP es de aproximadamente 140.000 casos anuales, una cada

cuatro minutos. En Argentina es la segunda causa de muerte materna. El flujo sanguíneo al final de la gestación alcanza valores de 600 a 800 ml/ min, a través de una amplia red anastomótica formada por un componente aórtico, uno ilíaco y uno femoral, lo que establece condiciones anatómicas capaces de dar origen a hemorragias exanguinantes que requieren una amplia disponibilidad de recursos y adiestramiento multidisciplinario para su tratamiento.¹⁻²

Las causas de sangrado obstétrico pueden ser orgánicas o hemostáticas. Las primeras provocadas por falta de tono uterino después del parto, el trauma del útero o el canal de parto o la retención de tejidos o coágulos, que requieren una solución primariamente obstétrica o quirúrgica, mientras que el sangrado de origen hemostático se debe a la incapacidad de formar cantidades adecuadas de trombina como en las coagulopatías dilucionales o secundaria a la formación excesiva de trombina endovascular como en la CID.

Existen factores de riesgo identificables ante e intra- parto que pueden predecir la hemorragia posparto y se resumen a continuación:

ATONIA UTERINA

- HPP previa
- Labor > 12 Hs
- Inducción del parto
- Retención placentaria
- R/N > 4 Kg

- Embarazo múltiple
- Obesidad materna
- Sepsis

COAGULOPATIA / CID

- Abruptio placentario
- Preeclampsia
- Embolia de líquido amniótico
- Transfusión masiva
- Tendencia hereditaria al sangrado
- Terapia anticoagulante

PROBLEMAS PLACENTARIOS

- Placenta previa
- Placenta ácreta / pércreta / íncreta

INJURIA UTERINA – CERVICAL – VAGINAL

- Parto instrumentado
- Cesárea

Dado que en la mayoría de las mujeres que desarrollan hemorragia obstétrica no hay factores identificables, todas deben ser consideradas como en riesgo por lo cual es esencial una vigilancia continua. El reconocimiento temprano, la evaluación sistemática y la resucitación precoz serían los pilares fundamentales para evitar un sangrado obstétrico masivo. La eliminación de la episiotomía de rutina, la corrección de la anemia antes del parto, el manejo activo del tercer estadio y la reevaluación pos-parto han reducido significativamente la HPP.

Ante la sospecha de un sangrado mayor del habitual es fundamental iniciar la resucitación aún cuando la paciente no presente sintomatología, para lo cual es importante la asistencia de un equipo multidisciplinario: obstetra- hematólogo- anestesista-terapeuta.

Muchos de los pasos involucrados en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia post-parto debe llevarse a cabo de forma simultánea para lo cual existe una mnemotecnica conocida como las "Cuatro Ts."

Debido a los cambios fisiológicos durante el embarazo, los signos de hipovolemia sólo aparecen cuando ya se ha perdido el 30% de la volemia a lo

cual se le puede sumar un sangrado oculto o retenido que hacen que la estimación visual no guarde relación con la magnitud de la hipovolemia y en ocasiones con la esperanza de alcanzar una mejor condición hemodinámica o hemostática la cirugía se demora hasta que ya es demasiado tarde.

El tratamiento inicial del sangrado obstétrico masivo ha consistido en restablecer el tono uterino, reemplazar las pérdidas de volumen y restablecer la hemostasia.

Es esencial contar con un equipo multidisciplinario que coordine la rápida resucitación con la adecuada reposición de fluidos intravenosos, terapia con hemocomponentes y tratamiento médico o quirúrgico de las causas de sangrado.

Es importante recordar que ante una hemorragia obstétrica es muy alta la probabilidad de que se repita en un próximo embarazo, por lo tanto la paciente deberá ser evaluada fuera de la gestación para descartar causas hematológicas de base.

Como conclusión podemos decir que la integración grupal de los especialistas intervinientes (obstetras, intensivistas, hematólogos, urólogos, hemoterapeutas, laboratoristas, radiólogos intervencionistas, etc) y la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas y la embolización en el tratamiento de las hemorragias graves del postparto, disminuyen en forma importante la morbilidad materno-fetal y reducen en forma considerable la utilización de hemocomponentes.

TABLA I.– Los "Cuatro Ts" recurso mnemotécnico para las Causas de la hemorragia posparto

Cuatro Ts	Causa	incidencia aproximada (%)
Tono	Atónica útero	70
Trauma	Laceraciones, hematomas, inversión, ruptura	20
Tejido	tejidos conservados, la placenta invasiva	10
Trombina	Coagulopatías	1

SOPORTE HEMODINAMICO

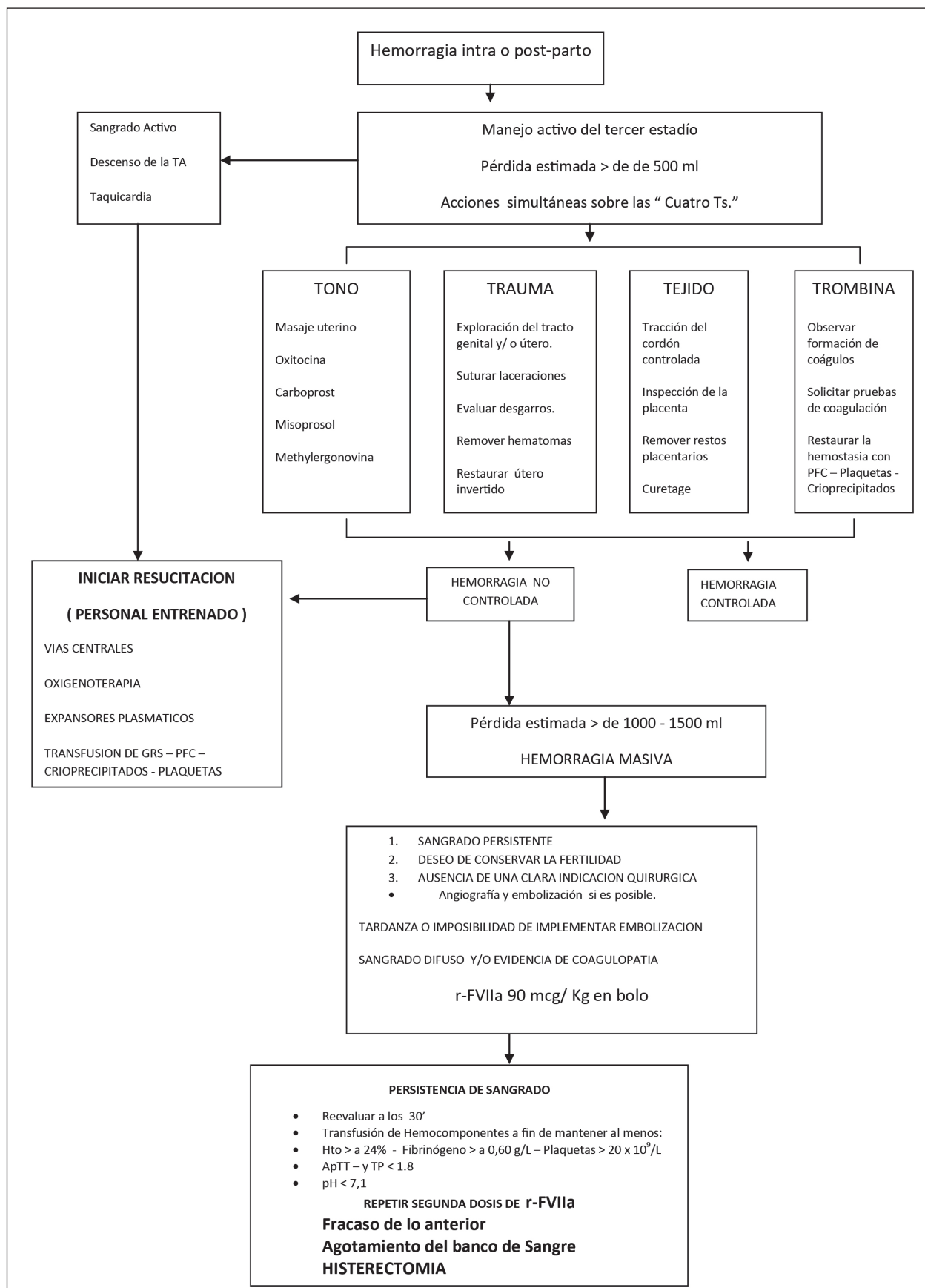
Restaurar volemia
Corregir anemia
Prevenir hipoperfusión, hipoxia y acidosis
Corregir hipotermia

TONO UTERINO

Uterotónicos
Compresión bimanual
Suturas compresivas
Ligaduras arteriales
Embolización
Histerectomía hemostática

RESTAURAR HEMOSTASIA

Hemostasia mecánica (Taponamiento con balón intrauterino)
Hemocomponentes: PFC-Crioprecipitados-Plaquetas. Tratar de manejar la hemostasia de acuerdo a coagulograma en lo posible.
Ante sangrado difuso o coagulopático de extrema urgencia iniciar resucitación con 6 U Pla + 1000 ml PFC + 10 U Crio.



BIBLIOGRAFIA

1. Martinez M, Eisele G, Malvino E, Simonelli D, Galli E ,et al. Protocolo de prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal y sus complicaciones ante la sospecha de adherencia placentaria patológica. Rev Obstet Ginecol Buenos Aires. 2005;84:225–38. 5.
2. Malvino E, Curone M, Lowenstein R, Ferro H, Korin J, et al. Hemorragias obstétricas graves en el período periparto. Medicina Intensiva.2000;17:21–9.
3. THROMBOSIS RESEARCH SUPL 2 2009 Obstetric haemorrhage Claire McLintock
4. Prevención y manejo de la hemorragia posparto. Janice M Anderson, MD American family phisician.2007 Mar 15; 75 86): 875-882
5. Medicina Intensiva. Consenso intersocietario para la recomendación del uso de factor VII recombinante activado en sangrado critico. Carlos fondevila. Vol25 número 2 ,año 2008.
6. Grupo G-CIAMT (Grupo cooperativo Iberoamericano de medicina transfusional) Hemorragia obstétrica 2009
7. Hemorragias obstétricas exanguinantes E. Malvino, , G.Eiseleb, M.Martínez, S.Anheld y R.Lowensteine Clínica y Maternidad Suizo Argentina 2008. División de Obstetricia