

Hemorragias del alumbramiento: Manejo de la matrona

Autores:

Silva Muñoz, Gustavo*, Villa Gómez, Patricia M^a*, Orellana Reyes, Miriam**

***Matrón/a Hospital Universitario de Cruces (Vizcaya)**

****Matrona Hospital General de la Palma (Canarias)**

Resumen:

La hemorragia postparto (HPP) es una complicación obstétrica severa que produce casi un tercio de las muertes maternas, especialmente en los países subdesarrollados. Aparece en el 5-15% de todos los partos. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500ml tras un parto vaginal o a 1000ml tras una cesárea. La HPP precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave y frecuente, pero también puede estar presente incluso en los 7 días siguientes al nacimiento.

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/ laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía.

Si la hemorragia postparto no puede ser controlada, puede llevar rápidamente a hipotensión severa, shock y muerte.

El diagnóstico es clínico y entre las opciones de tratamiento se incluyen fármacos para aumentar las contracciones uterinas, técnicas quirúrgicas, intervenciones radiológicas, fármacos hemostáticos y otros medios como taponamiento o balones intrauterinos.

Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.

Palabras clave:

Hemorragia postparto. HPP. Atonía uterina. Uterotónico. Alumbramiento.

Title:

Postpartum haemorrhages: Management of the midwife.

Abstract:

Postpartum haemorrhage (PPH) is a severe obstetric complication that causes nearly one third of maternal deaths, especially in underdeveloped countries. Appears in 5-15% of all deliveries. It is universally defined as a blood loss greater than 500ml after a vaginal delivery or 1000ml after a cesarean section. Early PPH is one that occurs during the first 24 hours after delivery and is usually the most severe and frequent, but it can also be present even within 7 days of birth.

The causes of PPH include uterine atony, trauma / laceration, retention of conception products and coagulation disorders, with atonia being the most common. If postpartum hemorrhage can not be controlled, it can quickly lead to severe hypotension, shock, and death.

The diagnosis is clinical and treatment options include drugs to increase uterine contractions, surgical techniques, radiological interventions, hemostatic drugs and other means such as tamponade or intrauterine balloon.

Fortunately, it is potentially avoidable in most cases if an adequate active and systematic prevention strategy is followed in the delivery phase of all deliveries.

Key words:

Hemorrhage postpartum. EPH. Uterine atony. Uterotonic. Delivery.



Introducción:

El tercer periodo del parto o alumbramiento se inicia al finalizar el periodo de expulsivo, es decir, tras el nacimiento, y finaliza con la salida de la placenta y las membranas ovulares.

Durante el alumbramiento se produce el desprendimiento y la expulsión de la placenta y sus membranas, así como la puesta en marcha de los mecanismos de hemostasia local.

Su duración máxima se estima en 30 minutos con manejo activo del alumbramiento y 60 minutos con manejo expectante. La pérdida hemática **NO** debe ser superior a los 500 ml.

DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO.

El proceso de separación de la placenta se inicia coincidiendo con las últimas contracciones del periodo expulsivo.

La brusca reducción del tamaño del útero (una vez que sale el recién nacido) se acompaña de una disminución de la superficie de implantación placentaria, lo que obliga a la placenta a plegarse y torsionarse, produciéndose así su separación.

Comienza a formarse un hematoma entre la placenta y el útero (hematoma retroplacentario) que no es la causa de la separación, sino la consecuencia, pero que contribuye al proceso del despegamiento placentario.

Para dicho desprendimiento placentario, podemos realizar 2 tipos de alumbramiento:

1º) Alumbramiento espontáneo (conducta expectante): Se puede esperar hasta 1 hora.

- Esperar a que aparezcan signos de separación placentaria.
- No se administrará ningún fármaco uterotónico.
- No se realizará una tracción controlada del cordón.
- Animar a pujar con las contracciones.

2º) Alumbramiento dirigido: Se podrá esperar hasta ½ hora.

- Administración de uterotónicos antes de 1 minuto después del nacimiento.
- Aplicar una tracción controlada del cordón umbilical.
- Masaje inmediato del útero después de la salida de la placenta.

HEMOSTASIA UTERINA.

1. Durante las contracciones uterinas las fibras del miometrio estrangulan o comprimen los vasos sanguíneos (ligaduras vivientes de Pinard). Además existe cierto grado de vasoconstricción local de los vasos uteroplacentarios.

2. Posteriormente se produce trombosis de los vasos uteroplacentarios y la formación del hematoma intrauterino.

3. Finalmente se produce una contracción uterina fija.

4. Tras el desprendimiento de la placenta, ésta cae hacia el segmento inferior y cérvix, donde queda retenida por algún tiempo.

5. La acción de la sangre acumulada detrás y las contracciones uterinas, contribuyen a que la placenta y membranas desciendan hasta la vagina y el periné, y finalmente sean expulsadas.

6. Después de la expulsión de los anejos, el útero se contrae fuertemente reduciendo su tamaño y aumentando su consistencia, formando lo que se denomina "Globo de Seguridad".

DEFINICIÓN DE HPP.

Existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia postparto;

Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea.

Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras.

Otros parámetros han ido cayendo en desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto.

Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia.

CLASIFICACIÓN DE HPP.

Podemos clasificar la HPP según el tiempo de presentación:

- Hemorragia postparto precoz: Es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto.
- Hemorragia postparto tardía: Es la que acontece entre las 24 horas posteriores al parto y el final del puerperio (6ª semana).

CAUSAS DE HPP.

Entre las principales causas de hemorragia postparto podemos encontrarnos:

- Atonía uterina: Causa más frecuente, responsable del 80-90% de las HPP.
- Retención de productos de la concepción: Pueden incluirse las placentas adheridas de forma anormal (ácreta, íncreta, o pércreta). El acretismo placentario es poco frecuente (1/2500 partos), aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente.
- Traumas/laceraciones: Hacen referencia a desgarros del canal genital (suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía), rotura uterina o inversión uterina.
- Alteraciones de la coagulación.

Una buena regla para recordarlas son las 4 "T":

- Tono (atonía uterina).
- Tejido (retención de productos de la concepción).
- Trauma (lesiones del canal del parto).
- Trombina (alteraciones de la coagulación).

Además de estas causas descritas, existen otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada, la miomatosis uterina, y el hecho de haber sufrido una HPP en una gestación anterior. El conocimiento sobre si una gestante presenta alguno de estos factores de riesgo es una parte importante para la prevención de la HPP, pero no hay que olvidar que hasta 2/3 de las HPP ocurren en mujeres sin ningún factor de riesgo.

ATONÍA UTERINA.

Es la causa más frecuente de hemorragia postparto inmediata, siendo responsable del 80-90%. Se trata de un cuadro en el que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae, alterando así la hemostasia.

- FACTORES DE RIESGO:

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de factores de riesgos que podrían llevarla a presentar hemorragia postparto.

l) Anteparto

- Presencia de preeclampsia (más aún si existió administración de sulfato de magnesio).
- Multiparidad.

- Sobredistensión uterina (Gestación múltiple, macrosomías, polihidramnios), que disminuye la contractibilidad uterina.
- Cesárea anterior.
- Hemorragia postparto previa.
- Trastornos de coagulación.
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa..)

II) Intraparto

- Agotamiento muscular: Parto prolongado (superior a 15 a 18 horas) y/o rápido.
- Corioamnionitis (RPM prolongada, fiebre)
- Desgarros y laceraciones
- Parto asistido con fórceps.
- La vejiga llena interfiere con la retracción uterina.

-DIAGNÓSTICO ATONÍA UTERINA.

- Útero blando que no se ha retraído hacia la pelvis menor.
- Aumenta el sangrado al comprimir el fondo uterino
- Descartar desgarros y restos placentarios.

EPIDEMIOLOGÍA.

La Hemorragia postparto (HPP) constituye la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo, principalmente en países en vías de desarrollo. La OMS estima en 150.000 el número de muertes anuales por HPP en el tercer mundo, mientras que en algunos países como Francia esta mortalidad se calcula en 1-2 por cada 100.000 nacimientos y de ellas, 8-9 de cada 10 serían evitables.

Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%); si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados.

En España se ha registrado una incidencia moderada: la mortalidad materna se estima en 7,15 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos y la HPP es responsable del 23,07% de la misma.

Objetivos:

Revisar la evidencia científica existente sobre:

- Factores de riesgo y causas de la hemorragia obstétrica.
- Aspectos vinculados con las acciones de la matrona ante la HPP.
- Procedimientos utilizados frente a la descompensación hemodinámica de estas pacientes.

Metodología:

Hemos realizado una búsqueda de ensayos clínicos en distintas bases de datos: EMBASE, Medline y PubMed, estableciendo 10 últimos años como criterio de búsqueda; utilizamos además los siguientes términos MESH: .Hemorrhagepostpartum. EPH. Uterineatony. Uterotonic. Delivery.

La búsqueda fue realizada en español y en inglés. Los resultados de la búsqueda fueron seleccionados por el título o resumen, en el caso que la información fuera insuficiente se accedió al texto completo. La selección de los estudios fue en base a estudios clínicos aleatorizados, los otros tipos de estudios se utilizaron en relación con nuevas búsquedas usando sus palabras claves.

Resultados:

La evolución del postparto requiere una vigilancia y un control extremo por parte de la matrona, que no debe bajar el nivel de alerta una vez que se ha producido el periodo de expulsivo y alumbramiento. El postparto es un periodo en el que se pueden producir diferentes procesos, como hemorragias, depresión respiratoria neonatal, fiebre, hipertensión o hipotensión arterial materna..., que pueden ocasionar resultados adversos para la madre y el recién nacido.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda, en caso de HPP precoz, adoptar medidas básicas del manejo inicial:

- Buscar ayuda: Advertir de la situación al personal disponible (matronas, auxiliar de enfermería, equipo obstétrico...).
- Control de constantes (a ser posible con monitor automático).
- Oxigenoterapia de soporte con mascarilla.
- Informar a la mujer sobre la evolución de su estado físico y procedimientos a efectuar.
- Cateterización de una vía venosa de calibre adecuado para perfusión, o 2ª VVP.

- Extracción de sangre para solicitud de hemograma, pruebas cruzadas y estudio de coagulación.
- Colocación de sonda vesical.
- Balance de líquidos.
- Control de la altura y firmeza uterina de modo regular y frecuente.
- Masaje uterino para estimular la contracción.
- Si la hemorragia es excesiva, se puede realizar una compresión uterina bimanual (Intrauterino y abdominal).
- Maniobra de Credé y vaciado de útero.
- Administración de oxitócicos, ergóticos. (según prescripción médica o protocolo).

CONDUCTA OBSTÉTRICA. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

La conducta inicial ha de centrarse en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente.

Para ello ha de instaurarse fluidoterapia agresiva con SF o Ringer Lactato a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos), o también soluciones coloides o expansores de volumen como el gelafundin, siendo lo normal entre 500-1000ml, aunque habrá que ajustarse a las necesidades de cada paciente.

En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3%. Consideraremos detener la transfusión una vez alcanzada una hemoglobina >8gr/dl (hematocrito >21%).

Simultáneamente se administran de forma secuencial fármacos uterotónicos.I.V o I.M:

- Oxitocina (Syntocinon):10U intramuscular o 10-40U/l en dilución. Es la terapéutica de primera elección en la actualidad. Es conveniente mantener la perfusión durante las siguientes 4-6 horas para mantener la eficacia.
- Metilergometrina (Methergin): 0,25mg IM o 0,125mg IV cada 5 minutos (máx.5 dosis).Contraindicada en HTA (por tanto preeclampsia). Normalmente se usa como coadyuvante de la oxitocina en caso de que ésta fuera insuficiente.

- Prostaglandinas PG F2 alfa (Carboprost, Hemabate): 250Mg IM cada 15 minutos (máximo 8 dosis). Contraindicado en asma, enfermedad hepática o cardíaca.
- Prostaglandinas PG E1 (Misoprostol, Cytotec): 400-600mg V.O o vía rectal. Dosis habitual: 4 comprimidos de 200mg vía rectal consiguiendo una mayor velocidad de absorción. Una de sus ventajas es que puede administrarse en pacientes con asma e HTA.
- Carbetocina (Duratobal): 0,1mg IV en bolo lento en dosis única. Contraindicado en insuficiencia hepática, epilepsia, eclampsia/preeclampsia y trastornos cardiovasculares graves. No se recomienda administración conjunta con prostaglandinas ni con oxitocina.

No se han descrito interacciones con fármacos anestésicos usados tanto en anestesia epidural como raquídea.

En la actualidad se considera de primera elección en caso de hemorragia preparto, sobredistensión uterina, útero poliomatoso, rotura e inversión uterina.

Si tras la aplicación de masajes junto con la administración de uterotónicos la HPP no cede y hemos descartado, otras causas distintas de la atonía (retención placentaria, desgarros del canal genital, inversión uterina, rotura uterina), habrá que recurrir a maniobras terapéuticas más agresivas.

- La primera de estas medidas es el taponamiento uterino, como puede ser el balón de Bakri, y si no está disponible puede usarse una sonda-balón de Sengstaken-Blakemore. Ambos modelos se basan en un mecanismo de actuación por compresión (se rellenan con aproximadamente 500 ml. de suero salino) una vez han sido introducidos correctamente a través del canal cervical. En cualquier caso, deben retirarse tras 24 h.
- El siguiente paso es la embolización arterial selectiva mediante cateterización por radiología intervencionista. El objetivo de esta técnica es disminuir de forma transitoria y no permanente el flujo sanguíneo. Realizada por un equipo especialista presenta una eficacia del 70 al 100%. De este modo, la ligadura arterial pasa a ser una de las maniobras más utilizadas ya que es fácil y rápida de realizar y por supuesto es accesible cualquiera que sea el centro donde se practique.

Actualmente la técnica de primera elección es la ligadura uterina bilateral desplazando a un segundo plano la ligadura de las arterias ilíacas internas.

- Se puede recurrir también a la Plicatura, que es una técnica que se basa en la compresión del útero mediante suturas transmurales, siendo la más conocida y aplicada la Plicatura de B-Lynch (sutura continua que “abraza” el útero en su longitud). La indicación más frecuente para su realización es la atonía uterina post-cesárea. El resultado es similar al que obtendríamos con una compresión manual continuada del útero.
- La histerectomía es el último recurso ante una HPP. Gracias a las técnicas anteriormente descritas, actualmente no es tan frecuente tener que recurrir a ellas, salvo fracaso de las medidas anteriores, roturas uterinas irreparables o acretismo placentario, siendo esta última la indicación más frecuente de histerectomía hoy en día después de la atonía.

En cuanto a estas técnicas, se alcanzan tasas de éxito del 90,7% con la embolización arterial, del 84% con el taponamiento con balón, del 91,7% con las suturas de compresión del útero, y del 84,6% con la ligadura de la arteria ilíaca.

No hay evidencias que sugieran que método es mejor para el tratamiento de la HPP severa.

Se ha calculado que el 60% de las muertes maternas se producen posterior al nacimiento y, de ellas, el 45% se produce en las primeras 24 horas de ocurrido este.

Al revisar toda la evidencia disponible, la FIGO y la ICM coinciden en los beneficios que aporta el alumbramiento dirigido a la hora de disminuir la incidencia de HPP:

- Reduce la duración del tercer periodo del parto.
- Menos retenciones placentarias y atonías uterinas.
- Reduce el índice de hemorragia postparto(>40%).
- Reduce la tasa de anemia severa postparto y la necesidad de transfusión.
- Es compatible con el corte tardío del cordón umbilical (1min), que reduce la tasa de anemia ferropénica en el recién nacido durante los 6 primeros meses de vida.

Hay evidencia de alta calidad que demuestra que el uso rutinario de la oxitocina como uterotónico en el manejo activo del alumbramiento disminuye el riesgo de HPP>500cc y la necesidad terapéutica de usar uretotónicos.

No se observan diferencias entre el uso de la oxitocina y el uso de ergotínicos en cuanto a la disminución de la HPP > 500cc.

Se observa que la combinación de oxitocina y ergotínicos, aun produciendo un aumento de la T.A, náuseas y vómitos, se asoció con una pequeña pero significativa reducción en la incidencia de hemorragia puerperal comparada con la oxitocina sola.

Las prostaglandinas por sí solas no están autorizadas para prevenir la HPP por sus importantes efectos secundarios, pero sí pueden usarse como coadyuvantes de la oxitocina.

DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS:

- Déficit del volumen de líquidos relacionado con la pérdida del volumen sanguíneo.
- Alteración en la perfusión hística relacionada con la reducción de la oxigenación de tejido y la rapidez de la pérdida de sangre.
- Ansiedad relacionada con sentimientos de incertidumbre y aprehensión ante la pérdida sanguínea.
- Riesgo de infección por la retención de tejido placentario y pérdida sanguínea excesiva.

Conclusiones y discusión:

- Según la bibliografía consultada, la causa más frecuente de HPP es la atonía uterina, seguido por la retención placentaria y los desgarros del canal del parto.
- Es de vital importancia someter a las mujeres a una cuidadosa observación en las horas siguientes al alumbramiento, para reducir los índices de hemorragia postparto. Por ello el rol que llevan a cabo las matronas es esencial para garantizar la seguridad en los cuidados.
- El mejor tratamiento de la HPP es sin duda, su prevención. La identificación de los factores de riesgo será de gran ayuda, pero la prevención de la HPP se debe realizar de forma sistemática en todos los partos, existan o no factores de riesgo (nivel de evidencia Ia; grado de recomendación A).
- Se ha demostrado que un manejo activo durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de presentación de la HPP más de un 40% respecto al manejo expectante, por ello se debe recomendar el manejo activo del alumbramiento de forma sistemática en todos los partos (nivel evidencia Ia; grado recomendación A).

A pesar de ello, debemos de seguir investigando esta causa que genera tanta morbimortalidad en las puérperas y aumentar la seguridad de éstas.

Bibliografía:

1. Gallardo Trujillo, Carmen; Salguero Cabalgante, Rocío. Prevención, manejo y cuidados de la hemorragia postparto. IV Época.2014 noviembre;40.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de hemorragia postparto precoz, 2006
3. Martínez-Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas Prof.* 2009; 10(4): 20-6.
4. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Elaborada por el Ministerio de Sanidad. Año 2010. Vitoria-Gasteiz
5. Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Tratamiento para la hemorragia postparto secundaria. Abril, 16,2008.
6. Soltani H. Masaje uterino para la prevención de la hemorragia postparto: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
7. Prendiville WJ, Elbourne. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2007 4.
8. Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología. *Clinical Practice Guidelines. Prevention and management of postpartum haemorrhage.* *J Soc Obstet Can.*; 22: 271-81.
9. Unamuno Romero, Blanca; Marín Sánchez, M^aJosé. Utilización del balón de Bakri en un caso clínico de atonía uterina. *Foro I+E Impacto Social del Conocimiento. II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería.* 2015;22
10. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG.* 2005; 112:547-53.
11. Carbetocina para la prevención de la hemorragia posparto (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 4. Art. No.: CD005457. DOI: 10.1002/14651858.CD005457.