

Hemorragia Postparto (HPP)

Autores:

Luciano Rodríguez Díaz, Matrona Ingresa Ceuta.

Juana María Vázquez Lara, Matrona y Enfermera 061 Ceuta.

Ana Toro Galán, Matrona Hospital Gregorio Marañón Madrid.

Introducción

La hemorragia postparto es la principal causa de muerte materna en el mundo. Dentro de las hemorragias, la gran mayoría ocurre en las primeras 24 horas posteriores al parto (alumbamiento y puerperio inmediato), pudiendo sobrevenir la muerte por shock hipovolémico-anemia aguda irreversible.

La OMS estima en 150.000 el número de muertes anuales por HPP en el tercer mundo, mientras que en España la mortalidad materna se estima en 7,15 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos. Supone el 5-15 % de las complicaciones en el parto.

El período que sucede al nacimiento del bebe y a las primeras horas del posparto son cruciales en lo que se refiere a la prevención, el diagnóstico y manejo del sangrado.

La hemorragia suele ser manejada con atención obstétrica básica y esencial, pero cualquier retraso puede acarrear complicaciones mayores.

En ocasiones, nos podemos encontrar un parto inminente tanto extrahospitalario como intrahospitalario fuera del área de partos (urgencias, otras plantas...), así como púerperas en planta; en estos casos debemos estar alerta pues puede originarse con más probabilidad una hemorragia posparto que nos plantee actuar eficaz y precozmente para evitar complicaciones mayores. Por ello resulta básico e importante conocer las pautas de actuación más eficaces y actua-

les que se proponen en la obstetricia.

Hemorragia Postparto (HPP)

Según la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) la hemorragia posparto se debe definir como aquel sangrado vaginal > 500 c.c. tras un parto vaginal o > 1000 c.c. tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la gestante.

Etiopatogenia

El miometrio, componente muscular del útero, está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse comenzando a separarse progresivamente conforme la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globuloso. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos después del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado.

Al final de un embarazo a término, entre 500-800 ml de sangre afluyen a través del torrente sanguíneo a la placenta cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y sangran. Las contracciones continuadas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales controlándose el sangrado en el lecho placentario, permitiendo la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el



útero no se contrae coordinadamente se dice que existe atonía uterina; los vasos sanguíneos placentarios no se contraen, produciéndose la hemorragia.

Causas de HPP

1. Trastornos del alumbramiento:

Hipotonía y atonía uterina: El útero, no se contrae después de la expulsión de la placenta alterándose así la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto.

Placenta retenida: Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 min. que suceden al parto del feto. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. La cavidad uterina ocupada por la placenta, no se contrae eficazmente por lo que el sangrado continúa.

Cotiledón retenido: Se retiene una parte de la placenta.

2. Traumáticas: Traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos, partos instrumentalizados.

3. Sistémicas: Coagulopatías: Los defectos de la coagulación y la inversión uterina, a pesar de que exhiben altas tasas de letalidad, son poco comu-

nes; mientras las lesiones de partes blandas son más frecuentes y pueden exacerbar otros sangrados pero rara vez por sí solas causan hemorragia severa postparto.

Manejo-abordaje terapéutico (Protocolo propuesto):

La opción con mejor evidencia científica es su prevención (parto por vía vaginal) por medio de una actitud activa (administración de fármacos uterotónicos, pinzamiento precoz del cordón, tracción controlada del cordón, masaje uterino).

Está demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de la hemorragia posparto precoz en más de un 40%, por ello se debe aplicar de forma sistemática en todos los partos del siguiente modo:

- Antes de cualquier actuación preguntar a la gestante si la gestación es múltiple o tras la salida del bebe explorar abdominalmente si presenta otro bebe.
- Si presenta gestación múltiple no realizar manejo activo hasta que salga el último bebe.
- Una vez que sale el bebe, administrar 10 unidades de oxitocina (Syntocinon) por vía IM o bien 5 unidades IV en bolo lento.
- Realizar el corte del cordón umbilical, tras el cese del latido.
- Comprobar la contracción uterina, si está contraído continuar, sino, esperar o realizar un suave masaje del útero hasta que se contraiga.
- Realizar una tracción suave o tensión

controlada del cordón umbilical y al mismo tiempo con la mano dominante realizar una contracción del útero, colocando la mano por encima de la sínfisis del pubis, presionando en dirección hacia el ombligo de la madre.

- Si tras realizar la tracción nos encontramos resistencia esperar 30 ó 40 segundos y comenzar el proceso de nuevo.
- Al final observaremos como la placenta sale por la vagina con el mínimo de resto sanguíneo.
- Comprobar la integridad de la placenta y el mantenimiento de la contracción uterina, presionando el fondo uterino.
- Debido a que la oxitocina tiene una vida media corta se aconseja la administración posterior de 10 ó 15 unidades de oxitocina en 500 c.c suero ringer o fisiológico a dosis de 125 ml/h para evitar hemorragias secundarias.

Si a pesar de realizar el manejo activo preventivo en el alumbramiento o no lo realizamos y nos encontramos con una hemorragia postparto ya instaurada la monitorización y el abordaje consistirá en:

- Control de constantes vitales (TA, FC pulsioximetría).
- Valorar contracción uterina y altura uterina (debe estar dos dedos por debajo ombligo).
- Si existe poca contracción y altura uterina más arriba de dos dedos debajo del ombligo, realizar masaje uterino circular y compresión del mismo para expulsar posibles coágulos retenidos (Maniobra

de Credé).

- Establecer vía venosa de calibre adecuado: 18 ó 16 G.
- Sondaje vesical
- Comenzar con la reposición de fluidos: ringer lactato o suero salino fisiológico.
- Administración de mediación:

Oxitocina (Syntocinon): 10 unidades IM (ampolla completa) ó 5 unidades IV en bolo lento (si hemos realizado manejo activo descartar).

Metilergometrina (Methergin): 0,25 mg IM (ampolla completa) o 0,125 mg IV cada 5' (máximo 5 dosis). Previamente valorar Tensión Arterial, si mayor o igual 140/90 mmHg, descartar ya que aumenta TA.

Misoprostol: Prostaglandinas E1 (Cytotec) a dosis de 800 mcg (4 pastillas) por vía rectal es un fármaco de mayor efectividad que la oxitocina y el methergin. A pesar de que no figure en su ficha técnica, existe una revisión sistemática que justifica su utilización, y además no requiere refrigeración al contrario que los dos medicamentos expuestos anteriormente, si bien en revisión cochrane referida en la bibliografía se concluye que se requieren ensayos controlados aleatorios grandes multicéntricos y doble ciego para identificar las mejores combinaciones de fármacos, las vías de administración y las dosis de uterotónicos para el tratamiento de la hemorragia posparto (HPP) primaria. Se requiere trabajo adicional para evaluar el tratamiento más eficaz

Bibliografía

1. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Peña Martí G, Comunian Carrasco G. Presión del fondo uterino versus tracción controlada del cordón como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto. Revisión Cochrane Plus. 2007.
3. Güelmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto. Revisión Cochrane Plus. 2007.
4. Protocolo de la SEGO. Hemorragia Posparto Precoz. Actualizado 2006.
5. Revista Out Look. Título: "Prevención de la Hemorragia Postparto: Manejo del Período del Parto". Salud Materna y Neonatal. Edición Especial. Volumen 19. Número 3. Abril 2002.
6. Prendiville WJ, Elbourne D, Mac Donald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. Revisión Cochrane Plus. 2000.
7. OMS. Reducir la mortalidad materna. Declaración común OMS/FNUP/UNICEF/Banco Mundial 1999.
8. SCOG Clinical Practice Guidelines. Prevention and management os postpartum haemorrhage. J Soc Obstet Gynecol. 1991.