

PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Elena López de la Torre, Pablo Almendral Jimena
Enfermera especialista en obstetricia y ginecología, Enfermero

INTRODUCCIÓN

- La hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida de más de 500ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000ml después de una cesárea en las primeras 24h del puerperio. Gran parte de la repercusión de la HPP depende del estado previo del paciente, en los casos de anemia preexistente perdidas de menores volúmenes pueden ocasionar secuelas clínicas adversas.
- La medida de la perdida sanguínea se suele evaluar basándose en signos como la hipotensión, malestar más que en el cálculo de los mililitros.
- La HPP afecta aproximadamente al 3%-5% de las mujeres que dan a luz y se asocia con casi el 25% de muertes maternas a nivel mundial, siendo además la principal causa de mortalidad materna en países subdesarrollados. Se asocia a una morbilidad materna grave y severa asociada con pérdidas de sangre significativas, desde el empeoramiento de síntomas comunes como la fatiga, hasta la muerte por colapso cardiovascular.
- Se define como principal causa de HPP la atonía uterina, aunque también se asocian otros como retención de tejido placentario o acretismo placentario, rotura uterina, trastornos de coagulación y laceraciones o traumatismos vaginales. Factores como la gestación múltiple, la multiparidad, los trastornos hipertensivos, una cicatriz uterina previa y factores relacionados con el parto como un expulsivo prolongado, un parto instrumental, un parto precipitado o prolongado se asocian con mayor riesgo de HPP.

OBJETIVO

Revisar las recomendaciones preventivas y terapéuticas que han demostrado ser efectivas para reducir las complicaciones de la HPP

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica de las publicaciones científicas sobre las medidas de prevención de la HPP y su manejo y tratamiento en los últimos 5 años. Se consultaron distintas bases de datos (Cochrane Plus, PubMed y UptoDate). Además se consultaron páginas oficiales tales como la SEGO y FIGO. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español (“Hemorragia postparto”, “prevención”, “tratamiento”, “atonía uterina”), en inglés: (“postpartum hemorrhage”, “prevention and control”, “therapy”, “drug therapy”, “uterine atony”), o ambos. Los criterios establecidos fueron: estudios que analicen las medidas de prevención de la HPP o su manejo y tratamiento; que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; con acceso al texto completo; y escritos en inglés, portugués o español. Fueron seleccionados tres estudios de revistas científicas que cumplieran estos criterios.

RESULTADOS

PREVENCIÓN. MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

Reduce el riesgo de HPP en un 60%, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas.

Parto Vaginal Y Cesárea	Oxitocina (10 UI parto, 20UI cesárea IV / IM) dentro del primer minuto tras el parto + Tracción controlada del cordón (realizada por personal cualificado) con preferencia a la extracción manual + evaluación del tono uterino abdominal postparto	- No se recomienda el pinzamiento precoz del cordón (1-3 min tras el nacimiento) - El masaje uterino no se recomienda como una intervención para prevenir la HPP en mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.
En caso de no disponer de oxitocina	Misoprostol (600 µ g VO/VR)	

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HPP POR ATONÍA UTERINA

1º Oxitocina IV	20 UI en 500 SF o Ringer a 180ml/h	
2º Metilergometrina IV/IM	0,2 mg IM o 0,1-0,2 mg IV lenta	Cada 2-4 h hasta un máximo de 1.20mg Evitar en pacientes con HTA, enf vascular, hepática o renal.
3º Prostaglandinas	- Misoprostol 800-1000 mcg VR o SI - Dinoprostona 1amp (5mg) en 500ml SG 5% a 15ml/h - Carboprost 250 mcg IM o IMM	Hasta un máximo de 90ml/h Evitar en pacientes con asma Cada 15-30 min hasta un máximo de 2mg (8dosis)

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CAUSA

Tono uterino	Masaje uterino enérgico + compresión bimanual del útero + Drogas uterotónicas
Tejidos	Extracción de coágulos + Valorar legrado
Retención placentaria (>30min)	oxitocina adicional (10 UI, IV / IM) + tracción controlada del cordón o Extracción manual + 1 dosis antibiótico (ampicilina o cefalosporina)
Trauma	Reparar desgarros vaginales o cervicales
Trombina (Coagulopatía)	Tratamiento específico

SI NO SE RESUELVE EL SANGRADO SE RECOMIENDAN OTROS PROCEDIMIENTOS

- Si los uterótónicos no son efectivos o la causa es un traumatismo se recomienda el uso de ácido tranexámico
- Uso de taponamiento de balón intrauterino . Embolización de la arteria uterina. Suturas compresivas. Ligaduras vasculares. Histerectomía

CONCLUSIONES

La HPP es una urgencia vital, el retraso en el tratamiento es la principal causa de resultados adversos, por lo que un diagnostico precoz y una rápida intervención y trabajo en equipo podría evitar una importante morbilidad secundaria a la HPP.

Por tales motivos se recomienda el uso de simulaciones para el entrenamiento y el uso de protocolos por parte de instalaciones de salud para la prevención y el tratamiento de la HPP, así como tener acceso a los medicamentos necesarios y capacidades y habilidades para llevar a cabo los procedimientos pertinentes

Referencias 1. Gülmezoglu M. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Int J Gynecol Amp Obstet. 1 de diciembre de 2013;123(3):254-6. 2. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. Rev Médica Paz. 2014;20(2):57-68.	3. Evensen, A., Anderson, J. M., & Fontaine, P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. American Family Physician. 2017; 95(7).
---	--