

Puntos clave

- La hemorragia posparto es la primera causa de mortalidad materna en el mundo.
- La prevención y la detección de los factores de riesgo son fundamentales para su tratamiento.
- Si se desencadena, acordarse de la regla de «las cuatro T» para detectar la causa, siendo la más frecuente la atonía uterina.
- Seguir protocolo de actuación establecido en cada hospital para el manejo de la hemorragia posparto, descartado un desgarro del canal del parto y tejido placentario retenido, el tratamiento será fundamentalmente farmacológico y como última opción el tratamiento quirúrgico.
- Un buen manejo de los tiempos es vital para la resolución del cuadro.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo y se define como 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.

Según el momento en que se presente se divide en dos tipos: hemorragia posparto *precoz* que ocurre dentro de las 24 horas posteriores al parto y *tarde* que ocurre entre las 24 horas posparto y 6 semanas después (42 días).

FACTORES DE RIESGO

Es importante conocer que en dos de cada 3 de las hemorragias posparto no existen factores de riesgo, aunque sí que hay una serie de situaciones obstétricas que incrementan la posibilidad de hemorragia:

- Embarazo múltiple.
- Parto prolongado > 12 horas.
- Parto precipitado.
- Paridad alta (> 3).
- Hemorragia posparto previa.
- Rotura prematura de membranas > 24 horas.
- Macrosomía.
- Polihidramnios.
- Fiebre intraparto.
- Placenta previa.

- Acretismo placentario.
- Cirugía uterina previa.
- Hipertensión arterial.

ETIOLOGÍA

En cuanto a la etiología, debemos de conocer que están implicados el tono uterino, el traumatismo físico, la retención placentaria y las alteraciones de la coagulación. Estas cuatro causas se pueden resumir con la regla de «las cuatro T» (Fig.19-1) y la más frecuentemente implicada es la atonía uterina.

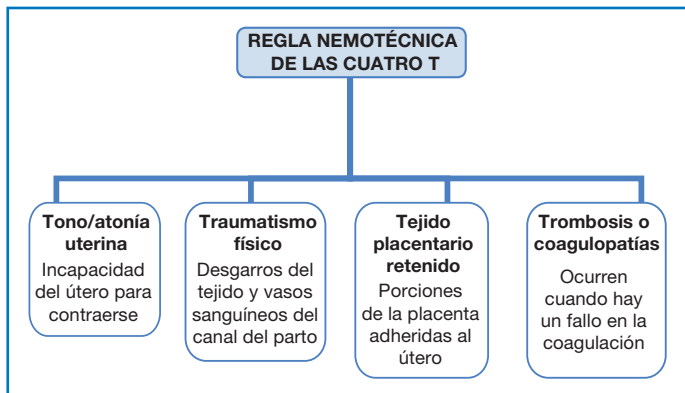


Figura 19-1. Regla de las cuatro T.

MEDIDAS PREVENTIVAS

El mejor tratamiento de la hemorragia es la identificación de los factores de riesgo y un manejo activo del alumbramiento. Tras la salida del recién nacido se realizará un pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical y una tracción controlada de éste hasta la expulsión de la placenta. Posteriormente se podrán administrar uterotónicos como la oxitocina, prostaglandinas o carbetocina (Tabla 19-1).

La enfermera/o de quirófano tendrá preparada la medicación necesaria, tanto para vía intravenosa como rectal.

TRATAMIENTO

Cada hospital debería adoptar un protocolo de actuación ante la hemorragia posparto (tanto para la prevención como para el tratamiento), dependiendo de los recursos de que se disponga, para poder actuar con rapidez.

Tabla 19-1 Uterotónicos

	Fármaco	Dosis	Administración	Efecto secundario
Si no existen factores de riesgo	Oxitocina (Syntocinon®)	10- 20 UI en 500 cc de suero fisiológico o Ringer Lactato	Mantenimiento 20 gotas/min durante 2 horas	Intoxicación acuosa, hipotensión, taquicardia, náuseas-vómitos
Parto vaginal con factores de riesgo	Prostaglandina E1 (Misoprostol) (Cytotec®) Tratamiento compasivo	Dosis de 3 comprimidos rectales (600 µg)	Mantenimiento 20 l de Oxitocina IV en 500 cc suero fisiológico o Ringer a 20 gotas/min en 45-60min	Náuseas, vómitos, temblor, fiebre-hipertermia
Cesárea con factores de riesgo	Carbetocina (Duratobal®)	Bolo IV de 100 µg en 1 minuto		Rubor facial, cefalea y dolor abdominal

La aplicación de este protocolo requiere un abordaje multidisciplinar, en el que van a estar implicados los servicios de obstetricia, anestesia, enfermería y en ocasiones medicina intensiva y hematología, y que deberán actuar conjuntamente.

En el caso de que se desencadene una hemorragia posparto pese a las medidas preventivas, el tratamiento y las medidas básicas de enfermería serán las siguientes.

Medidas generales o de soporte vital-actuación de enfermería

Las medidas adoptadas según pautas médicas pueden ser:

- Monitorización de constantes vitales electrocardiograma, presión arterial, pulsioximetría (Fig. 19-2).



Figura 19-2. Monitor de constantes.

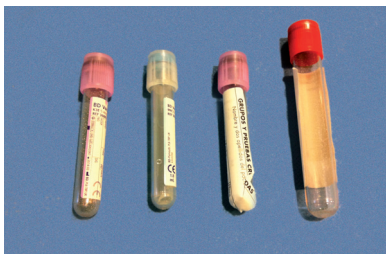


Figura 19-3. Tubos de analítica.

- Vía adicional endovenosa de buen calibre (bránula > nº 18).
- Sondaje vesical permanente (mantener diuresis > 30 ml/h).
- Oxigenoterapia mascarilla 8 l/min.
- Preparada anestesia general.
- Reposición de volemia (proporción 3/1 de la sangre perdida), cristaloideos: Ringer lactato (máx. 2 l), coloides: máximo 1,5 l.
- Preparados manguitos de presión para fluidos, bombas de perfusión.
- Pruebas de laboratorio: hemograma, coagulación, pruebas cruzadas (hemoderivados, concentrado de hematíes, plasma fresco, plaquetas) (Fig. 19-3).

Medidas obstétricas

En quirófano, en posición ginecológica y bajo anestesia, se intentará identificar la causa de la hemorragia posparto. Pasos:

- Se comprueba fondo uterino y grado de contracción del mismo.
- Revisión del canal del parto.
- Comprobar la integridad de placenta y membranas.
- Revisión de la cavidad: extracción de restos placentarios y coágulos (si es preciso mediante legrado), diagnosticar posibles dehiscencias/roturas e inversiones uterinas.

Seguidamente se realizará un masaje uterino bimanual enérgico y de forma secuencial se realizan los siguientes pasos.

Fármacos uterotónicos

Las enfermeras/os en este paso, colaboran con los anestesiólogos y obstetras preparando la medicación y el material quirúrgico necesario. El conocimiento de los fármacos, dosificación, dosis máxima y efectos secundarios es de gran importancia para su manejo (Tabla 19-2).

Taponamiento uterino

Cuando el tratamiento farmacológico no es eficaz se recurre a los taponamientos en la cavidad uterina que se pueden realizar con: gasas y com-

presas, sonda-balón gástrico de Sengstaken-Blakemore o balón intrauterino de Bakri (el más utilizado actualmente).

Las enfermeras/os prepararán todo el material necesario para el taponamiento, colocándolo sobre la mesa de instrumentación, así mismo continuarán colaborando con anesthesiólogos en el control hemodinámico.

Tabla 19-2 Fármacos uterotónicos

	Administración	Dosis	Efectos secundarios
Oxitocina (Syntocinon®)	20 UI en 500 cc de suero fisiológico o Ringer lactato a 10-15 ml/min (15-25 ml/h)	Dosis máxima: no pasar de 30-40 UI	Intoxicación acuosa, hipotensión, taquicardia, náuseas-vómitos
Metilergometrina (Metergin®)	½ ampolla IV. Se puede repetir a los 15-20 min	Dosis máxima: 1 mg (5 dosis ½ ampolla)	Hipertensión, náuseas, vasoespasmio periférico
Prostaglandina E1 (Misoprostol) (Cytotec®) Tratamiento compasivo	4 comprimidos rectales (800 µg) con efecto en 3 min	Dosis máxima: 5 comprimidos	Náuseas-vómitos, temblor, fiebre-hipertermia
Prostaglandina E2	1 amp (5mg) IV en 500 cc de suero fisiológico o Ringer lactato Fluido terapia: 15 ml/h (5 g/min)	Duplicar dosis si es necesario cada 10-15 min	Temblor, fiebre, hipertermia, taquicardia

Balón de Bakri. Características:

- Balón de silicona de 58 cm de largo (Fig. 19-4).
- Se rellena con 500 ml máximo de suero salino y nunca con aire u otro gas (Fig. 19-5).



Figura 19-4. Balón Bakri vacío.



Figura 14-5. Balón Bakri relleno de suero fisiológico.

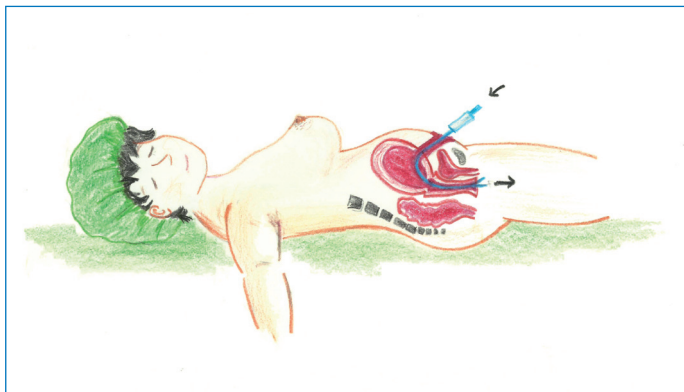


Figura 19-6. Colocación de balón transabdominal.

- Consta de dos orificios para el drenaje sanguíneo y dos terminales uno para inyectar el suero y otro para conectar una bolsa colectora, donde se recogerá la sangre que drene del útero.
- El suero se inyecta en el terminal correspondiente con una jeringa de 50 ml que trae incorporado.
- Para la administración del suero se deposita en la mesa de instrumentación una batea o recipiente, donde se vierte el suero y así se facilita el cargado de la jeringa.
- La colocación puede ser: transvaginal o transabdominal (si se practica con el abdomen abierto) (Fig. 19-6).
- Para mantener la vejiga vacía y control diurético se realizará sondaje vesical permanente durante 12-24 horas.

Radiología intervencionista

Mediante radiología intervencionista se puede intentar realizar el taponamiento con una técnica de embolización de las arterias implicadas en el sangrado. Precisa un abordaje femoral (unilateral o bilateral) con anestesia local, realizando un cateterismo retrógrado hasta la bifurcación aórtica, comprobando posteriormente mediante una arteriografía su eficacia (que está establecida entre un 70-100%). No hay que olvidar que es una técnica que permite preservar la fertilidad.

Como complicaciones pueden aparecer: empeoramiento del shock, disección de la arteria afectada, isquemias vesicales, glúteas o del intestino delgado.

Los requerimientos mínimos son los siguientes: equipamiento técnico radiológico, radiólogos expertos en la técnica, disponibilidad las 24 horas, proximidad física.

Técnicas quirúrgicas

Existen múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la hemorragia posparto, por la experiencia en nuestro hospital utilizamos la siguiente secuencia:

Técnicas de cierre

En el caso de que la hemorragia se produzca tras una cesárea, se puede utilizar una de estas dos técnicas:

- Tirantes uterinos o B- LYNCH: sutura continua a modo de tirantes verticales y se anudan en el borde inferior de la histerotomía.
- J.H. ANCHO: se realizan puntos sueltos que aproximan la cara posterior uterina a la cara anterior.

Ligaduras vasculares (stepwise)

Son 5 etapas, cada etapa sólo se realiza si la anterior no ha cohibido la hemorragia, tras esperar 10 minutos:

- Ligadura uterina (rama ascendente, 2-3 cm debajo de histerotomía, incluyendo 2-3 cm de miometrio).
- Ligadura uterina contralateral.
- Ligadura baja de las 2 uterinas y de sus ramas cervicovaginales, a 3-5 cm de las ligaduras precedentes (tras despegar plica vesicouterina).
- Ligadura infundibulopélvica unilateral.
- Ligadura Infundibulopélvica bilateral.

Ligadura hipogástrica

Es una técnica difícil y con una morbilidad elevada (sobre todo lesiones del uréter y de la vena ilíaca interna). Se realiza a 2-3 cm de la bifurcación de la arteria ilíaca común. Tiene una eficacia variable (42-100%).

Histerectomía

Puede ser total o subtotal conservando anejos; se realiza tras fallo del tratamiento conservador en una rotura uterina extensa por un acretismo placentario severo.

Taponamiento pélvico

Se realiza tras una histerectomía cuando la paciente presenta una coagulopatía o hemorragia difusa pélvica. En esta técnica se dejan varias compresas en la cavidad pélvica con tracción vaginal. Posteriormente necesitará profilaxis antibiótica, sondaje permanente y drenajes de la cavidad pélvica. Se mantendrá hasta 24 horas después de haberse resuelto la coagulopatía.

Drogas hemostáticas

En determinadas situaciones se pueden administrar fármacos procoagulantes como:

- Ácido tranexámico:
 - Indicación: hemorragia asociada a hiperfibrinólisis
 - Dosis:
 - ♦ IV: 1-2 amp. en bolo, 2-3 veces/día o bien en infusión IV.
 - ♦ Indicación: hemorragia asociada a hiperfibrinólisis.
 - ♦ IM: 1-2 amp./4-6 h como dosis de ataque y 1 amp./8-12 h de mantenimiento (1 ampolla = 500 mg).
- Factor VII activado recombinante o Eptacog Alfa:
 - Indicación de hemofílicos y hemorragia por coagulopatía con compromiso vital.
 - Dosis: 90 µg/kg. de peso en bolo intravenoso de 2-5 min.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSPARTO EN EL QUIRÓFANO

Se distinguirá entre dos situaciones que se pueden presentar:

- Hemorragia en parto vaginal, en esta situación las enfermeras/os realizan procedimientos como circulantes colaborando con anestesiólogos y cirujanos; si la situación cambia y hay que abordar por vía abdominal, una de ellas/os pasará a funciones de instrumentista.
- Hemorragia en una cesárea, la enfermera instrumentista colaborará con los cirujanos e irá solicitando el material necesario, incluso cambio de instrumental si la situación así lo requiere.

En las dos situaciones se aplicarán las medidas descritas con anterioridad en el apartado del tratamiento:

- Medidas de soporte vital.
- Obstétricas.
- Medicamentosas.
- Quirúrgicas.

Asimismo, se irá depositando y colocando en la mesa de instrumentación todos los materiales e instrumental que haya que ir incorporando según la necesidad y evolución del proceso.

Una vez colocado el taponamiento y finalizada la intervención, si la paciente presenta estabilidad hemodinámica, se iniciará el traslado a la URPA para continuar su observación y control.

Errores a evitar

- ✓ No realizar un buen control de la involución uterina y sangrado en el posparto.

BIBLIOGRAFÍA

Hemorragia postparto precoz. Protocolo SEGO. 2006.

BAKRI YN⁴⁷ et al. Tamponade-balloon for obstetrical bleeding International Journal Of Enfermería Quirúrgica en Obstetricia. Reyes Fernández. ©2014. Editorial Médica Panamericana.

- Gynecology and Obstetrics. Jun. 2001. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD005457.
- SU LL, CHONG YS, SAMUEL M. Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage. Arch Gynecol Obstet 2009 Feb 20.
- TEJERO SANCHO S, SAVIRON CORNUDELLA R, JOSÉ J., RODRÍGUEZ B. Protocolos Clínicos. Hemorragia posparto Z2-207-10 del Hospital Miguel Servet.
- TEJERO SANCHO S, ORTEGA MARCILLA S, SAVIRON CORNUDELLA R, Manual de riesgo obstétrico. Hemorragia posparto. Araconsa 2011. p. 381-418. Zaragoza.