

Hemorragias en obstetricia

E. Gayat, O. Morel, W. Daaloul, M. Rossignol, O. Le Dref, D. Payen, A. Mebazaa

La mortalidad materna sigue siendo muy alta en todo el mundo y se mantiene en alrededor de 127.000 muertes por año. La hemorragia es su causa principal y representa el 24% de los casos. El carácter poco o nada previsible de estos síndromes hemorrágicos, así como la rapidez con la que se desarrollan, hacen que su tratamiento sea complejo. Las medidas deben tomarse con rapidez y de manera multidisciplinaria a partir de la estrecha colaboración entre los especialistas en anestesia y reanimación, obstetricia y radiología intervencionista. Se basa en el tratamiento simultáneo de la causa de la hemorragia y de sus consecuencias, en especial en términos hemodinámicos y hemostáticos. La anestesia de las pacientes que sufren un shock hemorrágico también tiene algunas características específicas, sobre todo en lo relativo al síndrome hemorrágico. Por ejemplo, el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ha redactado algunas recomendaciones con el propósito de unificar prácticas y mejorar el tratamiento de estas pacientes. Además, las hemorragias obstétricas son evitables en algunos casos; la aplicación de los principios de prevención que se exponen en este artículo debería disminuir la incidencia.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Posparto; Shock hemorrágico; Sulprostona; Embolización; Anestesia obstétrica

Plan

■ Introducción	1
■ Hemorragias del parto	2
Hemorragias al comienzo del embarazo	2
Hemorragias del final del embarazo	2
■ Hemorragia del posparto	2
Aspectos epidemiológicos	2
Etiología	3
Prevención: principios de seguridad que deben aplicarse en la embarazada (según las recomendaciones para la práctica clínica del Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)	4
Tratamiento inicial de una hemorragia del posparto	6
En caso de agravación de la hemorragia del posparto	7
Hemorragia resistente a la sulprostona	9
■ Shock hemorrágico	12
Tratamiento hemodinámico	12
Identificación y tratamiento de la coagulopatía	13
Transfusión	15
■ Anestesia para procedimientos obstétricos	16
Anestesia para cesárea en urgencia por metrorragias del tercer trimestre	16

Anestesia para procedimientos obstétricos por vía baja en la fase inicial de la hemorragia	17
Anestesia en laparotomía para ligadura vascular o histerectomía de hemostasia	18
Anestesia para embolización arterial	18
■ Conclusión	18

■ Introducción

La incidencia de la hemorragia obstétrica se calcula en 14 millones de casos por año y su forma más frecuente es la hemorragia del posparto (Fig. 1) [1]. La mortalidad materna sigue siendo muy alta en todo el mundo y se mantiene en alrededor de 127.000 muertes. La hemorragia es su causa principal y representa alrededor del 24% de los casos.

Un conocimiento más detallado de los mecanismos fisiopatológicos, un control más preciso del embarazo y la medicalización del parto han hecho que disminuyan la morbilidad y la mortalidad maternas, en especial en los países más desarrollados. Sin embargo, por ejemplo en Francia, la hemorragia es aún la causa principal de mortalidad materna, y en este país los índices son mayores que los de los otros países de la Unión Europea [2-4].

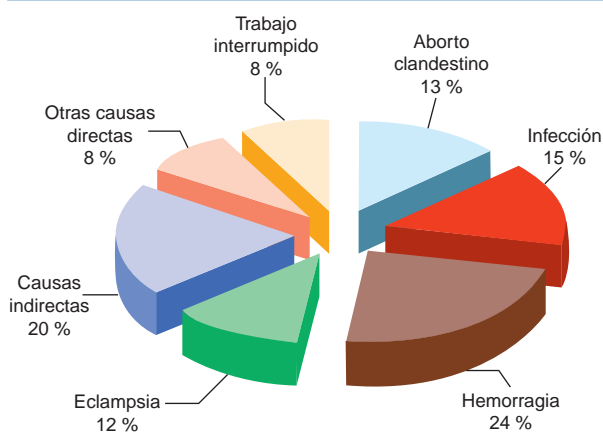


Figura 1. Causas de mortalidad materna en el mundo [1].

La urgencia hemorrágica obstétrica es una situación específica que impone una acción multidisciplinar inmediata a cargo de especialistas en obstetricia, anestesia y radiología intervencionista. Las hemorragias obstétricas presentan algunas características:

- su gravedad: por ejemplo en Francia, causan alrededor del 20% de la mortalidad materna;
- el carácter evitable de los fallecimientos. Aunque en la mayoría de los casos la hemorragia no es previsible ni evitable, alrededor del 80-90% de los fallecimientos estarían directamente relacionados con un tratamiento inadecuado. Esta idea no es nueva: en 2001, Bouvier-Colle et al [5] señalaron que 9 de cada 11 muertes por esta causa eran evitables y se debían a una demora excesiva en instaurar el tratamiento, a tratamientos inadecuados y a una subestimación de la gravedad;
- otras características específicas: estas hemorragias pueden sobrevenir antes del nacimiento pero también, y sobre todo, en el posparto inmediato.

Esta situación ha llevado al Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a publicar en 2004 las recomendaciones para el tratamiento de las hemorragias obstétricas [6].

En este artículo se tratan sólo las hemorragias obstétricas que comprometen el pronóstico vital, y se insistirá especialmente en las recientes recomendaciones de la CNGOF para la práctica clínica.

■ Hemorragias del parto

Hemorragias al comienzo del embarazo

La ruptura de un embarazo ectópico puede complicarse con una hemorragia grave. La detección y el tratamiento precoz de los embarazos extrauterinos disminuyen el riesgo de complicación hemorrágica grave. El tratamiento quirúrgico o farmacológico está bien sistematizado. Las formas de diagnóstico precoz, en una etapa anterior a la ruptura hemorrágica del embarazo ectópico, pueden tratarse mediante la inyección de metotrexato o con cirugía laparoscópica conservadora. En el caso de una ruptura con hemoperitoneo, que puede provocar un estado de shock, se indica la salpingectomía de urgencia [7].

El tratamiento de los embarazos ectópicos sobre una cicatriz uterina o el de los embarazos del cuerno uterino es más complejo. Su número está aumentando debido a una mayor cantidad de úteros cicatrizales [8]. La inyección de metotrexato por vía general o in situ se recomienda sólo si el diagnóstico pudo formularse antes de

producirse la hemorragia. El tratamiento de una hemorragia por un embarazo del cuerno [9] es quirúrgico y consiste en la resección del cuerno grávido; puede hacerse por vía laparoscópica en manos de cirujanos entrenados. El tratamiento de los embarazos asociados a una cicatriz de cesárea es más complejo desde el punto de vista técnico debido a las relaciones con las estructuras del aparato urinario (vejiga y uréteres). Si es posible realizarla, la embolización de las arterias uterinas es el método conservador de elección.

Hemorragias del final del embarazo

Deben considerarse dos causas principales: el desprendimiento prematuro de una placenta normalmente insertada (DPPNI) y la hemorragia de placenta previa. La ruptura uterina hemorrágica es una complicación infrecuente.

Desprendimiento prematuro de una placenta normalmente insertada

Su incidencia se estima en el 0,1-2,2% de la población general y aumenta en un contexto de preeclampsia. Asocia un cuadro de metrorragias, hipertensión o contracción uterina, ritmo cardíaco fetal anómalo o muerte fetal in utero. En el pasado, los retrasos en la evacuación podían causar una necrosis hemorrágica masiva del útero (útero de Couvelaire) [10].

Si el feto está vivo, su extracción por cesárea debe hacerse sin demora. En caso de muerte fetal in utero, y si el estado materno es estable, debe iniciarse el desencadenamiento del parto con el fin de obtener una evacuación uterina por vía baja. La mayoría usa misoprostol en esta indicación.

Placenta previa

Se define como una inserción anormalmente baja sobre el segmento inferior. La mayoría de los autores se atiene a una medición ecográfica inferior a 5 cm respecto al orificio interno del cuello. Por lo general, el cuadro consiste en una hemorragia de sangre roja en un marco de contracciones uterinas. La actitud obstétrica debe adaptarse en primer término a la magnitud de la hemorragia. Si ésta compromete el pronóstico vital, la evacuación uterina debe hacerse lo antes posible. En caso contrario, la práctica depende de la fecha: tocólisis activa en fetos pretérmino si la hemorragia no produce consecuencias hemodinámicas; ruptura artificial de las membranas (si éstas son accesibles) y desencadenamiento del trabajo de parto para los fetos a término [10].

En el plano anestésico, si es necesaria la intervención quirúrgica, el protocolo de inducción es el de una anestesia en secuencia rápida en una paciente con estómago lleno, tal como se describe más adelante en este artículo.

■ Hemorragia del posparto

Aspectos epidemiológicos

Definiciones

Históricamente, se considera que la hemorragia fisiológica que acompaña a un parto oscila entre 50-300 ml [11]. Así, la definición comúnmente aceptada de la hemorragia del posparto (HPP) es una pérdida de más de 500 ml en las 24 horas siguientes al nacimiento, pero esta definición es motivo de controversia. Considerando esta definición, las hemorragias del posparto afectan a alrededor del 5% de los embarazos [12, 13].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756783>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756783>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)