



Alumbramiento normal, alumbramiento dirigido, hemorragias posparto

L. Bernaud-Bourrelier, U. Ishaque, R. Gabriel

En los países en vías de desarrollo, las hemorragias posparto (HPP) son responsables de 100.000 fallecimientos por año. La situación es distinta en los países desarrollados. En Francia, por ejemplo, se producen 8-10 fallecimientos anuales por este motivo, pero el 1,5% de las parturientas, es decir, unas 12.000 mujeres, presenta cada año una HPP grave con una morbilidad significativa. La administración de oxitocina durante el trabajo de parto es un factor de riesgo independiente de HPP grave, dependiente de la dosis (cociente de probabilidades [OR, odds ratio]: 1,8; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,3-2,6). El uso más frecuente de la oxitocina durante el trabajo de parto en Francia (en el 64% de las mujeres de la encuesta nacional perinatal de 2010) que en otros países desarrollados probablemente explique en parte por qué allí las HPP graves son también más frecuentes. En cambio, la administración sistemática de oxitocina inmediatamente después del parto (alumbramiento dirigido) reduce la incidencia de las HPP en el 40-50%. Sin embargo, el 17% de las parturientas de la encuesta nacional perinatal de 2010 no había tenido un alumbramiento dirigido. Las recomendaciones para la práctica clínica elaboradas por el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ayudan a instaurar un tratamiento codificado, jerarquizado, cronometrado y multidisciplinario de la HPP. La atonía uterina explica el 80-85% de las HPP. Los medicamentos uterotónicos son más eficaces cuando se administran de forma precoz: oxitocina desde el momento del diagnóstico de HPP, seguida de sulprostona en 30 minutos en ausencia de eficacia rápida de la oxitocina o de inmediato en las HPP graves desde el principio. En las atonías rebeldes a los uterotónicos, el taponamiento con balón intrauterino ha demostrado su eficacia. Detiene la HPP en el 80-90% de los casos y permitiría reducir el uso de tratamientos invasivos: embolización arterial, cirugía conservadora, histerectomía de hemostasia. En Francia, la embolización arterial es el tratamiento invasivo más corriente en las HPP resistentes al tratamiento médico. Sin embargo, su uso está limitado por el bajo número de plataformas técnicas operativas las 24 horas. Cualquier obstetra debe ser capaz de efectuar una ligadura de las arterias uterinas y plicatura o capitonaje del útero. Estas intervenciones simples son eficaces en al menos el 70% de los casos.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Alumbramiento natural; Alumbramiento dirigido; Hemorragias posparto; Oxitocina; Sulprostona; Taponamiento intrauterino; Embolización arterial; Ligadura de la arteria uterina; Histerectomía de hemostasia

Plan

■ Introducción	2	■ Generalidades sobre las hemorragias posparto	5
■ Alumbramiento normal	2	Definición	5
Fisiología	2	Frecuencia	6
Conducta práctica	2	Etiologías y factores de riesgo	6
Resultados del alumbramiento normal	3	Bases anatomoclínicas del tratamiento	6
■ Alumbramiento dirigido	3	Características generales del tratamiento de las HPP	7
■ Retención placentaria	5	■ Hemorragias por atonía uterina tras un parto por vía vaginal	7
Definición	5	Tratamiento inicial	7
Tratamientos médicos	5	Tratamiento de las formas graves desde el inicio o rebeldes al tratamiento precedente	8
		Tratamientos invasivos de tercera línea	9

■ Hemorragias después de un parto por cesárea	11
Hemorragias diagnosticadas durante la cesárea	11
Hemorragias diagnosticadas después de la cesárea	11
■ Hemorragias por herida del canal del parto	12
■ Conclusión: datos recientes sobre las prácticas francesas y posibilidades de mejoría	12

■ Introducción

El alumbramiento, o tercera fase del parto, corresponde a la expulsión de la placenta y de las membranas fuera de las vías genitales. El período del alumbramiento corresponde a las 2 horas siguientes al nacimiento. Se acompaña de un riesgo hemorrágico que justifica la permanencia de la paciente en la sala de parto y una vigilancia rigurosa durante este período. En sentido estricto, las hemorragias del alumbramiento son las que provienen de la zona de inserción placentaria durante el período del alumbramiento. Desde un punto de vista clínico, esta definición es demasiado restrictiva. Se prefiere usar el término hemorragias posparto (HPP) que incluye las heridas del canal del parto y las hemorragias diferidas que aparecen más de 2 horas después del nacimiento. La HPP se define como primaria si se produce dentro de las 24 horas y como secundaria si se produce entre 24 horas y 6 semanas después del nacimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las HPP son responsables de 100.000 fallecimientos por año, sobre todo en África y Asia del Sur ^[1]. En estos países, una de cada 1.000 pacientes embarazadas puede morir por una HPP. En Francia, las HPP han provocado 21 fallecimientos en 2007-2009, lo que representa el 8,3% de los fallecimientos maternos y 0,9 casos cada 100.000 nacimientos ^[2]. Alrededor del 80% de estos fallecimientos se consideraron evitables. Se estima que el 1,5% de las parturientas, lo que equivale a 12.000 mujeres por año, presentan una morbilidad significativa en relación con una HPP grave. Estos datos justifican la actualización regular de las recomendaciones para la práctica clínica (RPC) con el fin de adaptar los protocolos terapéuticos a la evolución de los conocimientos científicos. En Francia, las recomendaciones más recientes son las del Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) de 2014 ^[3]. Los algoritmos de tratamiento elaborados en esta ocasión se presentan en la versión en línea de la EMC. En algunos puntos deberían ser reformulados, en particular en lo que se refiere a las indicaciones y los resultados del taponamiento con balón intrauterino.

Las HPP debidas a una placenta previa o accreta, un hematoma retroplacentario, una ruptura uterina y las HPP secundarias, que son objeto de artículos específicos de la EMC, no se tratan aquí. Las otras HPP se deben a una atonía uterina (el 80-85% de los casos) o a una lesión del canal del parto (el 15-20% de los casos).

■ Alumbramiento normal

El alumbramiento es «normal» cuando el desprendimiento y la migración de la placenta se producen sólo por influencia de la retracción y de las contracciones uterinas espontáneas. El alumbramiento normal se denomina «espontáneo» si la expulsión de la placenta se produce también por el mero efecto de la gravedad, de las contracciones musculares reflejas del periné y de los esfuerzos maternos, y «natural» si la expulsión se produce con ayuda de un tercero.

Fisiología

El alumbramiento comprende tres fases sucesivas:

- desprendimiento de la placenta. Se produce entre la capa compacta y la capa esponjosa de la decidua materna por influencia de la retracción uterina y de las contracciones uterinas. Este despegamiento abre senos venosos y provoca una hemorragia, con la formación de un hematoma interuteroplacentario que completa el desprendimiento. Esta hemorragia fisiológica suele ser escasa (< 500 ml). De inmediato se produce una hemostasia temporal por la retracción del útero que aplasta los vasos uterinos («ligaduras vivientes» de Pinard). La hemostasia definitiva se obtiene con los mecanismos fisiológicos de la coagulación;
- migración placentaria. Se produce por efecto de las contracciones de dos formas distintas: el mecanismo de Baudelocque y el de Duncan (la primera modalidad es mucho más común):
 - en el mecanismo de Baudelocque, la placenta se desprende en el centro y las membranas permanecen adheridas en la periferia; al formarse el hematoma, la placenta se invierte en dedo de guante y es propulsada en dirección al segmento inferior. Arrastra consigo a las membranas, que se desprenden de forma progresiva de arriba hacia abajo invirtiendo el saco ovular,
 - en el mecanismo de Duncan, en general revelador de una inserción placentaria baja, la migración se efectúa sin inversión por un proceso de deslizamiento. Primero desciende el borde placentario inferior o la cara materna de la placenta. Las membranas, sometidas a tracciones asimétricas, están más expuestas al desgarro;
- expulsión fuera de la vagina. En las poblaciones de mujeres que dan a luz en cuclillas, la expulsión espontánea por gravedad no exige demasiados esfuerzos expulsivos maternos. En las sociedades occidentales, en las que el parto se efectúa en decúbito dorsal, la expulsión suele depender de la acción de un tercero.

Conducta práctica

El alumbramiento es el período de mayor riesgo materno. Necesita vigilancia antes, durante y después de la expulsión de la placenta, que debe continuar durante 2 horas en la sala de parto: estado general (pulso, presión arterial, consciencia, color), altura y tonicidad del útero, volumen de la hemorragia.

Criterios del desprendimiento

Deslizamiento del cordón fuera de la vulva.

Maniobra de movilización del útero hacia arriba. Con una mano se engancha la parte baja del útero y se la empuja hacia arriba (Fig. 1). Si la placenta no está desprendida, el cordón que cuelga de la vulva sube con el útero. Si la placenta está desprendida, la movilización uterina no arrastra al cordón.

Tacto vaginal. Rara vez se practica en el alumbramiento fisiológico. Cuando el desprendimiento ha finalizado, revela con facilidad la presencia de la placenta en la vagina o, con la punta de los dedos, en el segmento inferior.

Expulsión de la placenta y de las membranas

Se describen dos maniobras:

- la tracción controlada del cordón (TCC) es más común en las publicaciones anglosajonas. Con una mano se engancha el útero y se lo desplaza hacia arriba para extender el segmento inferior, mientras que con la otra mano se tracciona del cordón de forma permanente y sostenida;
- la presión fúndica es la más común en Francia y en los países latinos. Con una mano se presiona sobre el fondo uterino, se lo sitúa en el eje de la vagina y se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777814>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777814>

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