

ANÁLISIS DE LA DECISIÓN EN LA CLÍNICA

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS

—————→
MEDICINA HUMANA

8vo SEMESTRE

29-NOVIEMBRE-2020

HEMORRAGIA OBSTETRICA

La hemorragia obstétrica es una de las primeras causas de muerte materna directa en todo el mundo; afecta incluso a 1.7% de las mujeres en etapa reproductiva. Por su alto impacto social y en el sistema de salud, se requieren políticas y prácticas a nivel institucional o regional para sistematizar la atención global en estas mujeres.

De acuerdo a datos que aporta la "Confidencial Enquiries into Maternal Death and Child Health" (CEMACH), referente de mortalidad para los países desarrollados, las muertes maternas de causa directa han disminuido de 6.24 /100.000 nacimientos a 4.67/100.000, trienio 2006-2008. Se asume que esta reducción fue debida a la disminución de muertes causada por enfermedad tromboembólica, siendo la primera causa de muerte materna la sepsis. Las causas indirectas no han variado, la cardiopatía continúa siendo la principal causa de muerte indirecta.

Tabla 2. Etiología de la hemorragia obstétrica.

Etiología	2014 Nº (%)	2015 Nº (%)	Total Nº (%)
Atonia uterina	9 (24,32)	19(51,35)	28 (75,67)
Embarazo ectópico	2 (5,41)	4 (10,81)	6 (16,22)
Rotura uterina	1 (2,70)	1 (2,70)	2 (5,41)
Hematoma retroplacentario	0 (0)	1 (2,70)	1 (2,70)
Total	12 (32,43)	25 (67,57)	37 (100)

Criterios diagnósticos

Perdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)

Descenso del hematocrito 10 o más puntos

Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos

Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl

Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre.

Clasificación

a) Antes de parto: Placenta previa (0.5%)

Desprendimiento de placenta (10%)

Ruptura uterina

Vasa previa

b) En el puerperio:

Precoz 50% (Primeras 24 horas) Atonía uterina (50 a 60%)

Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%)

Retención de restos ovulares (10%)

Trastornos adherenciales placentarios

Inversión uterina

Tardío (Entre las 24 horas y la 6ta. semana)

Retención de restos ovulares

Endometriometritis

Involución anormal del lecho placentario

Dehiscencia de la histerorrafia

c) Secundarias: Coagulopatías congénitas, adquiridas

Coagulación intravascular diseminada

Coagulopatía pos transfusional

Sepsis intrauterina

Pre eclampsia /HELLP

Óbito fetal

Mecanismos fisiopatológicos en el desarrollo de la hemorragia obstétrica.

Durante el embarazo, existen diversos cambios y/o adaptaciones fisiológicas lo que conlleva a modificaciones hematológicas, siendo los más importantes:

1) Incremento de la masa eritrocitaria en un 20-30%.

2) Incremento del volumen plasmático de 50%, desarrollando anemia de tipo dilucional.

- 3) Incremento de los factores de coagulación, con disminución de la actividad del sistema fibrinolítico.
- 4) Disminución de la actividad del plasminógeno tisular.
- 5) Incremento de los niveles de fibrinógeno, con aumento del estado protrombótico.
- 6) Trombocitopenia fisiológica por modificaciones placentarias.
- 7) Aumento de actividad pro-coagulante, así como de fibrinólisis en la circulación útero-placentaria.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres.

Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

b. Retención Placentaria: Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de occitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica.

Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta. Se encuentra contraindicada la administración de ergonovínicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más la expulsión.

c. Restos Placentarios: El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental.

d. Traumatismo del Canal del Parto: Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

e. Placenta Acreta: Es la adherencia anormal de la placenta a miometrio. El diagnóstico se puede realizar a través de la ecografía durante la gestación.

La incidencia de placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas. Cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5% si existe placenta previa. Con una cicatriz de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50%. de las pacientes presentan placenta ácreta.

Actualmente están en investigación conductas alternativas más conservadoras como la embolización de las arterias uterinas, dejando la placenta in situ esperando su reabsorción, así como la administración semanal de metotrexato después del parto, con lo que se logra el alumbramiento espontáneo semanas mas tarde.

f. Inversión Uterina: Caracterizada por la triada: Hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque. Puede ser parcial; la inversion esta aun dentro la conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva.

Se debe revertir el útero manualmente mantener sostenido con oxitócicos, en caso necesario tocolítics, ritrodina, terbutalina, sulfato de magnesio y/o los anestésicos halogenados, para facilitar reversión uterina. El fracaso requiere tratamiento quirúrgico

EVALUACIÓN DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.

Parto: Evaluación clínica exhaustiva al binomio, monitorizar frecuencia cardíaca fetal, frecuencia cardíaca materna, toma de laboratoriales urgentes por Biometría Hemática, Química Sanguínea, Tiempos de Coagulación, INR, realizar usg obstétrico de urgencia a fin de determinar presencia o evidencia



Triage Obstétrico: Clasificación

NIVEL DE TRIAGE	TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA
I. EMERGENCIA	La paciente requiere tratamiento inmediato.
II. URGENCIA	La paciente debe ser tratada dentro de los primeros 0-15 minutos
III. URGENCIA MENOR	La paciente debe ser atendida dentro de los primeros 15-30 minutos

SALUD

de Hematoma subcoriónico, placenta previa, placenta percreta o acreta, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, entre otras.

Postparto:

Tono: Trastornos de la contractilidad de la musculatura uterina derivado de causa mecánica o no.

Tejido: Evidencia de restos placentarios adheridos aún al endometrio,

Traumatismos del área genital que pasen inadvertidos, episiorrafia mal realizada, uterorrafia con complicaciones asociadas.

Trastornos de la coagulación

Las bases para la atención a la paciente con HO son las siguientes:

- 1) Monitorización hemodinámica continua no invasiva.
- 2) Oxígeno suplementario de acuerdo a requerimientos.
- 3) Valoración inmediata del bienestar fetal.
- 4) Administración de cristaloides, dependiendo de las condiciones hemodinámicas de la paciente, puede ser requerido en caso necesario hasta el manejo agresivo a razón de 1500-2000 o incluso mayor volumen, con posterior infusión por bomba de 300cc/hr para mantener una adecuada perfusión tisular y orgánica.
- 5) Tener disponibilidad del uso de sangre y hemoderivados (Sangre, PFC; Plaquetas, etc.

Triage Obstétrico		Procedimiento de operación del Triage obstétrico
Área y persona que interviene	Actividad	Descripción
Personal administrativo o de vigilancia	1	Recibe a la paciente, quien puede llegar por sus propios medios o en ambulancia.
	2	Si la paciente deambula, orienta respecto a la ubicación del servicio de Triage obstétrico.
	3	Orienta al familiar respecto de la ubicación del área de admisión para su registro.
	4	Si la paciente no puede deambular buscará de manera expedita un medio de transporte adecuado (seta de ruedas o camilla) que facilite el ingreso de la paciente al área de Triage.
Camilleros	5	Apoyan en el traslado de la paciente.
Responsable del Triage	6	Recibe a la paciente obstétrica en el área de Triage.
	7	Valora a la paciente y determina la transferencia al área correspondiente dependiendo del código asignado. Riesgo: activa Código Mater entrega personalmente a la paciente para su valoración obstétrica integral por el personal médico. Verificar: orienta y pasa a la paciente a sala de espera para recibir atención por personal médico de acuerdo a turno de llegada.
	8	Registra las acciones y datos requeridos en el formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico y en el censo de pacientes.
	9	Integra el formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico al expediente clínico.
	10	Fin del proceso.

6) Tratamiento de los estados de coagulopatía por consumo.

7) Cesárea a prioridad, si se encuentra con signos de inestabilidad materno fetal, si la paciente ha sufrido trauma abdominal severo, herida perforante/penetrante abdominal, muerte materna traumática,

entre otros, teniendo en cuenta el uso de todos los medios posibles para la sangre y hemoderivados.

TRATAMIENTO

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en tres pilares fundamentales:

Oxitócicos: oxitocina 10 U, endovenoso lento, constituye una de las recomendaciones preventivas, mantener con 20U en 500 ml de solución glucosada.

Maleato de ergometrina 0,2 mg IM y reevaluar a los 10 minutos.

Carbetocina 100 ug, IV previa liberación de receptores con 200 ml de solución fisiológica a infusión continua por 5 a 6 minutos.

Misoprostol 800 a 1000 Ug, vía rectal. (Recomendación-C)

El ácido tranexámico se ha sugerido en caso de atonía refractaria o sangrado persistente secundario a trauma genital

I. Medidas generales

II. Resucitación

III. Control del sangrado:

A. Tratamiento no quirúrgico

1. Medicamentoso (de primera línea)

2. Intervencionista (de segunda línea)

3. Radiológico

B. Tratamiento quirúrgico

1. Cirugía conservadora

2. Cirugía radical