



Universidad del sureste

Dr. Alfredo López López

ANALISIS DE LA DECISION EN LA CLINICA

Resumen FIGO

Hannia del Carmen Salazar Jimenez

Se define a la hemorragia obstétrica grave, como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min. La hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución del nivel de hematocrito de 10%. Se considera como primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina (80% de los casos).

La hemorragia que se presenta en la segunda mitad del embarazo, se asocia con mayor morbilidad y mortalidad de la madre y el feto, a pesar de los avances en la tecnología y el conocimiento médico para la atención a la salud de la mujer, alcanzados en nuestra época. La mortalidad materna aún se considera un problema de salud pública en los países en desarrollo, en donde puede presentarse con una frecuencia 100 veces superior a la reportada en los países desarrollados.

Etiologías/factores de riesgo

Si bien existen varios factores de riesgo identificables para la HPP, la mayoría de los casos ocurren inesperadamente. Una manera fácil de recordar las etiologías más comunes es recordar las cuatro T:

A. Tono: atonía uterina (representa el 70% de los casos de HPP).

B. Trauma: trauma del tracto genital.

C. Tejido: productos retenidos de la concepción.

D. Trombina: coagulopatía.

La atonía uterina se puede anticipar después de un trabajo de parto prolongado, con la oxitocina, en embarazos complicados con corioamnionitis, paridad alta, anestesia general y otros factores que conducen a una sobredistensión uterina, como gestación fetal múltiple, polihidramnios y macrosomía fetal. El trauma representa del 15% al 20% de los casos, y se atribuye a laceraciones perineales o cervicales,

hematomas perineales, episiotomías o ruptura uterina. Ocurren en el contexto de partos precipitados no controlados o partos vaginales operativos.

Los productos de la concepción retenidos pueden aumentar el riesgo de HPP en 3,5 veces. Los factores de riesgo incluyen placenta sucenturiada e instrumentación previa. Los problemas de coagulación se pueden dividir en hereditarios, como las enfermedades de von Willebrand, la hemofilia y la púrpura trombocitopénica idiopática, y adquiridos, como el uso de terapia anticoagulante. Y la aparición de coagulopatía intravascular diseminada después de desprendimiento de placenta, preeclampsia con características graves, muerte fetal intrauterina, sepsis o embolia de líquido amniótico. Otras etiologías incluyen inversión uterina y placentación anormal.

El shock es una reducción en la perfusión tisular, insuficiente para cumplir con los requisitos metabólicos de los tejidos y órganos. El flujo sanguíneo insuficiente puede identificarse clínicamente como el desarrollo de uno o más de los siguientes: acidosis láctica, estado mental alterado, oliguria y taquicardia. El monitoreo de los signos vitales es clave para la evaluación hemodinámica y la pronta intervención.

Los cambios en los signos clínicos y vitales que resultan de la hemorragia aparecen tarde en el proceso y pueden no conducir a la identificación temprana de la HPP. Esto dificulta establecer puntos de corte para desencadenar intervenciones clínicas. Debido a que los signos vitales tradicionales cambian tarde y son menos confiables como desencadenantes de acciones clínicas, otros indicadores podrían ayudar a caracterizar la hipovolemia materna causada por sangrado.

El manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto todas las mujeres deben recibir uterotónicos después del parto, ya que se ha demostrado que reducen las tasas de HPP. La oxitocina es el fármaco de elección en la mayoría de las guías, pero sus dosis y vía de administración varían mucho, 10 UI por vía intramuscular o intravenosa.

El taponamiento con balón uterino (UBT), las suturas compresivas uterinas (UCS), la ligadura vascular pélvica (PVL) y la embolización. El taponamiento uterino con gasa también se menciona en algunas guías, pero su uso es controvertido. ACOG

menciona el uso de una gasa empapada en trombina. La UBT se indica como el tratamiento de elección cuando la atonía uterina es refractaria a los uterotónicos después del parto vaginal, es menos invasivo que los otros procedimientos. Debe considerarse después de descartar la retención de productos de la concepción, la ruptura del útero o la laceración vaginal o cervical como un factor contribuyente. Si la UBT no logra controlar el sangrado en estos casos, se recomiendan tratamientos invasivos mediante embolización arterial o, más comúnmente, mediante abordajes quirúrgicos.

El ácido tranexámico (TXA) es un análogo sintético del aminoácido lisina que inhibe la fibrinólisis al reducir la unión del plasminógeno y el activador tisular del plasminógeno (tPA) a la fibrina. Las indicaciones etiquetadas de este medicamento son sangrado menstrual abundante cíclico y procedimientos orales en pacientes con hemofilia. Se recomienda la administración de TXA tan pronto como se haga el diagnóstico de HPP si el diagnóstico se hace dentro de las 3 h posteriores al parto. Se administra 1 g IV durante 10 min dentro de las 3 h posteriores al parto vaginal o por cesárea. Se infunde un gramo (10 ml de una solución de 100 mg/ml) durante 10-20 min porque la infusión > 1 ml/ min puede causar hipotensión. Si el sangrado continúa después de 30 min o se detiene y reinicia dentro de las 24 h posteriores a la primera dosis, se puede administrar una segunda dosis de 1 g.

Prenda antichoque no neumática (NASG)

Es un dispositivo ligero de compresión para la parte inferior del cuerpo que consta de seis segmentos articulados de neopreno y sujetadores de velcro que proporcionan una contrapresión circunferencial en la parte inferior del cuerpo para mejorar el gasto cardíaco y la presión arterial. La presión circunferencial estimada aplicada es de alrededor de 20 a 40 mm Hg. La compresión abdominal y pélvica directa reduce el espacio vascular total en la parte inferior del cuerpo y disminuye la perfusión pélvica a los órganos del compartimento pélvico y los vasos sanguíneos pélvicos más pequeños, lo que promueve la detención de la hemorragia.

Consenso FIGO sobre el manejo de Hemorragia Obstétrica 2022.

Bibliografía: Consenso FIGO sobre el manejo de Hemorragia Obstétrica 2022.