

Comentarios acerca de la hemorragia obstétrica

Germán Figueroa-Castrejón^a

He leído el interesante artículo publicado en el número 6 de noviembre y diciembre de 2012 titulado “Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. IMSS, 2011” (Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(6):659-64), cuyo primer autor es el doctor Roberto Ruiz Rosas, acerca del que haré algunas observaciones que pueden servir como información complementaria para el lector.

1. La consulta prenatal permite identificar la mayoría de los factores de riesgo gestacional y, por lo tanto, a las pacientes con mayor probabilidad de sufrir un embarazo o parto de alto riesgo. Entre esos factores destacan la edad, el número de gestaciones y cesáreas previas, el antecedente de legrados, miomectomías, preeclampsia y coagulopatías, las alergias, el uso crónico de medicamentos, el grupo sanguíneo, el Rh, las actividades física y laboral, así como la edad y presentación gestacionales.
2. El ultrasonido prenatal es de gran utilidad para ubicar la implantación placentaria y su grado de penetración. De forma confiable, no intervencionista y rápida, se obtiene el diagnóstico de inserción baja de placenta, acretismo o percreetismo. Ante estas entidades resulta invaluable la participación de ginecoobstetras experimentados que programen una cesárea corporal y realicen, en el mismo tiempo quirúrgico, una histerectomía en bloque sin manipular la placenta, lo que disminuye consistentemente el riesgo de sangrado transoperatorio masivo.
3. Los principales datos clínicos que hacen sospechar una hemorragia obstétrica grave son palidez, taquicardia, hipotensión, oliguria, alteraciones del estado de conciencia, sangrado vaginal o sangrado de la herida quirúrgica mayor al esperado y distensión abdominal. Debe confiarse en las pruebas cruzadas rápidas cuando se tenga la necesidad de transfusión de paquetes globulares urgentes y procurar mantener una hemoglobina de al menos 10 g. Por otro lado, debe evitarse la aparición de una coagulopatía de consumo mediante el uso apropiado de plasma fresco congelado, que aporta factores de coagulación (uno por cada paquete globular infundido, particularmente ante tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial mayores a 1.5 veces los valores de referencia), crioprecipitados, que aportan fibrinógeno (particularmente cuando este es menor de 100 mg/dL) y concentrados plaquetarios (cuando el nivel sea menor de 50 000/mL). De igual forma, resulta adecuado aportar calcio y vitamina K a las pacientes multitransfundidas, para mejorar su capacidad de formar coágulos.
4. Las pacientes con trabajo de parto prolongado, polihidramnios, macrosomía, embarazos gemelares o preeclampsia y que reciben dosis altas de sulfato de magnesio desarrollarán con frecuencia atonía uterina. El tratamiento puede ser con ergonovina, carbetocina o compresión uterina bimanual. De igual forma, la infiltración uterina (útero de Couvelaire) genera falta de contracción, que no responde al tratamiento conservador. Si el manejo inicial no tiene efecto, debe considerarse la intervención quirúrgica.

gica urgente (histerectomía, ligadura de arterias hipogástricas, tamponamiento uterino con sutura de B-Lynch).

5. Ante traumatismo uterino o preeclampsia severa, así como hipertensión uterina, sangrado genital y sufrimiento fetal agudo, existe la posibilidad de desprendimiento prematuro de placenta. La ultrasonografía y la cardiotocografía pueden ayudar en el diagnóstico. Se debe realizar cesárea urgente si se confirma el desprendimiento.
6. Los productos con premadurez, sufrimiento fetal agudo, hipoxia severa asociada con choque hemorrágico materno o cuyas madres sufrieron preeclampsia severa son catalogados con estado grave y requieren asistencia pediátrica intensiva e inmediata. Es importante notificar de inmediato la existencia de neonatos de alto riesgo a la unidad de cuidados intensivos neonatales, para disponer lo necesario y optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico de esos recién nacidos.
7. Las mujeres con historia de cesárea o maniobra de Kristeller pueden cursar con ruptura uterina, que por lo general se manifiesta con dolor abdominal y choque hipovolémico súbito, con o sin sangrado vaginal. El ultrasonido es útil para valorar la existencia del hemoperitoneo. Las pacientes con ruptura uterina requieren histerectomía urgente.
8. En las pacientes que a pesar del tratamiento quirúrgico adecuado continúen con sangrado en capa, es necesario el empaquetamiento pélvico hemostático tipo Mikulicz, que será retirado cuidadosamente a las 48 horas.
9. En mujeres con historia de parto vaginal y sangrado importante, es necesario considerar como causa los desgarros vaginales o cervicales y efectuar exploración con espejo para su detección y posterior corrección.
10. Es indispensable el empleo de antibióticos combinados de amplio espectro dado que, por lo general, se trata de pacientes en quienes se realizan diversos procedimientos, con cirugías múltiples, no programadas o con hematomas que pueden infectarse.
11. Es vital la capacitación quirúrgica de los ginecoobstetras para que tomen decisiones adecuadas a tiempo y sepan resolver las emergencias obstétricas. También se requiere la capacitación del resto del equipo de reacción inmediata multidisciplinario para brindar un tratamiento adecuado al choque hipovolémico con cristaloideos, coloides y hemoderivados. Es importante el apoyo irrestricto del banco de sangre, laboratorio, unidad de cuidados intensivos del adulto o, en su defecto, medicina interna, anestesia, imagenología, pediatría, inhaloterapia, enfermería, camillería, etcétera. Estas pacientes son la prioridad hospitalaria. No olvidar que son vitales el trabajo en equipo y la comunicación efectiva.
12. Es probable que el apoyo que el Instituto Mexicano del Seguro Social brinda a las embarazadas complicadas no aseguradas derive en el aumento de la mortalidad materna en la institución, dado que llegarán pacientes provenientes de hospitales con escasos recursos, con envíos tardíos, reiteradamente rechazadas en otras unidades y con pobre e inadecuada información del manejo que han recibido.
13. Se debe proporcionar información adecuada y oportuna a los familiares de las pacientes para evitar la especulación y favorecer su comprensión y apoyo, haciéndoles hincapié en que se está procediendo de acuerdo con lo necesario. Los familiares pueden ser de gran ayuda como aliados, pero temibles como enemigos.
14. El ginecoobstetra que enfrenta el manejo quirúrgico de una paciente con hemorragia grave no está solo. Debe solicitar de inmediato el apoyo del subdirector en turno y activar la alarma al equipo multidisciplinario de reacción inmediata para que cada integrante colabore para obtener el mejor desenlace posible.

^aExjefe de Departamento Clínico, Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto, Hospital General de Zona 2-A "Francisco del Paso y Troncoso", Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: Germán Figuerola-Castrejón
Correo electrónico: germanfc2001@hotmail.com