

DEL EDITOR ACERCA DEL CONSENSO SOBRE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PUBLICADO POR ACOG

José Pacheco-Romero¹

¹ Director, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

Conflicto de intereses: El Editor declara que no existen conflictos de intereses en la presente publicación.

El Colegio Americano de Obstetras y ginecólogos ha publicado un Consenso sobre la Hemorragia Obstétrica, referido principalmente a la hemorragia posparto⁽¹⁾. Se considera en el escrito que la hemorragia obstétrica es la complicación severa más común del parto y la que tendría la mayor posibilidad de prevención en la mortalidad materna. Señala que investigaciones recientes sugieren que las tasas de hemorragia obstétrica están aumentando en los países desarrollados, incluyendo los EE UU, y que las tasas de morbilidad materna severa asociada a hemorragias exceden las morbilidades asociadas a otras condiciones obstétricas y médicas. Por ello, el grupo de Asociación para la Seguridad Materna, que pertenece al Consejo para la Seguridad de la Paciente en el Cuidado de la Salud de las Mujeres y que representa a las más importantes organizaciones profesionales en la materia, ha elaborado el presente Consenso sobre el Manejo de la Hemorragia Obstétrica, que puede sintetizarse en cuatro puntos principales:

- 1) Estar preparados
- 2) Reconocimiento y Prevención del problema en cada paciente
- 3) Respuesta inmediata en cada hemorragia; y
- 4) Comunicación y Aprendizaje en cada unidad involucrada.

En la ampliación de estos puntos, el 'Estar preparados' incluye tener un carrito de hemorragias con materiales, lista de chequeo y tarjetas de instrucción para balones intrauterinos y suturas compresivas, acceso inmediato a medicamentos para hemorragia (kit o equivalente), equipamiento de respuesta (banco de sangre, cirugía ginecológica, otros), protocolos de transfusión masiva de emergencia, y una unidad educativa de protocolos y simulacros.

El 'Reconocimiento y Prevención del problema en cada paciente' considera la determinación oportuna del riesgo de hemorragia (en la atención prenatal, en admisión, en otros momentos apropiados), saber medir la pérdida sanguínea, manejo activo del alumbramiento.

En la 'Respuesta inmediata en cada hemorragia', la Unidad debe tener un plan de manejo de la emergencia para la hemorragia obstétrica, paso a paso, con lista de chequeo, y un programa de respaldo para las pacientes, familiares y el mismo equipo asistencial en toda hemorragia de significación.



En 'Reporte y Aprendizaje de Sistemas en cada unidad', se hace referencia a establecer la cultura de agruparse cuando hay pacientes de mucho riesgo y redactar partes luego del evento, identificando éxitos y oportunidades; revisar y discutir multidisciplinariamente las hemorragias severas, para hallar soluciones; monitorear los resultados y procesar medidas en el comité de mejora de calidad perinatal.

El Consenso señala que muy pocos hospitales tendrán en uso el 100% de implementos al inicio, pero el documento publicado permitirá una lista de verificación a trabajar. Los hospitales con pocos recursos deberán tener un plan de referencia oportuna.

Un problema difícil de resolver es la estimación de la pérdida sanguínea. Si revisamos nuestros reportes de partos y cesáreas sin complicaciones, en la pérdida sanguínea anotaremos 200 mL y 400 mL, respectivamente, pues nos preocupamos que nuestros colegas consideren que hacemos sangrar demasiado a la parturienta si es que hemos anotado mayor cantidad. Pero, esta negación de la realidad puede causar una demora en decidir cuándo reemplazar volúmenes de sangre perdidos, si asumimos estas cifras como reales. En el Consenso se emplaza que históricamente se estima que en la hemorragia posparto (HPP) la pérdida sanguínea es mayor de 500 mL si es vaginal y más de 1 000 mL si es luego de cesárea. Por ello, proponen considerar que la HPP consiste en la pérdida de sangre mayor de 1 000 mL o la pérdida acompañada de signos y síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas posparto. La recomendación es que se aumente la vigilancia y las posibles intervenciones si es que se calcula una pérdida sanguínea entre 500 y 999 mL; y que se evite el dúo 'negación y demora' que acarrea el sostener que la pérdida sanguínea que calculamos es menor que la real.

El carrito de hemorragias debe tener materiales de obstetricia, anestesia, enfermería, de obstetras y de farmacia, con ayudas cognitivas para procedimientos técnicos no frecuentes (aplicación de balones intrauterinos, suturas de compresión). El jefe de la unidad asegurará el *stock* y mantenimiento. Debe haber acceso inmediato a medicamentos para la hemorragia; algunos uterotónicos requerirán refrigeración; tener *kits* de hemorragia, coordinar con farmacia.

Monitorear los tiempos de acceso en las emergencias, la respuesta del equipo. La atención de hemorragia posparto requiere un equipo especial y un jefe, de acuerdo a cada institución y a la severidad de la hemorragia. Podrá incluir al médico, obstetra, enfermera, anestesiólogo, banco de sangre, farmacia, cirugía ginecológica de avanzada, medicina crítica, sala de operaciones, radiología intervencional, técnicos de enfermería; también, servicio social, capellán.

Habrà un sistema de respuesta rápida, uso de códigos; protocolos de entrega de productos sanguíneos y de transfusión masiva en casos de una mujer con hemorragia activa, signos vitales no estables a pesar de recibir líquidos en bolo. Se tendrá sangre compatible universal, como por ejemplo grupo O, hematíes Rh(D)-negativos, plasma AB; pero también se podrá conseguir rápidamente derivados grupos A, B, AB; la sangre especial no siempre estará disponible en el hospital, pero se coordinará con otros hospitales. Tener cristaloideos, coloides, hematíes, plaquetas; pruebas de coagulación, fibrinógeno.

Se tendrá una unidad educativa de protocolos, simulacros, partes, con responsabilidad de revisar e imprimir protocolos, identificar los puntos a corregir, practicar habilidades importantes en equipo. Los simulacros mejoran los resultados.

Aprenda de la experiencia, discuta y refuerce puntos débiles, concrete soluciones. Aprenda a usar balones de taponamiento, suturas de compresión.

Saber prever el riesgo de hemorragia, en el control prenatal, en la admisión al parto, durante el trabajo de parto y el posparto; sospechar el riesgo de corioamnionitis o de parto prolongado. Tener un plan de trabajo para toda eventualidad, con personal entrenado, posibilidad de reemplazo de sangre. Transferencia oportuna en los casos de riesgo de hemorragia (ej. placenta acreta, placenta previa en cesareada anterior), si no hay las condiciones suficientes.

El Consenso indica que la hemorragia posparto se presenta en 40% de mujeres catalogadas como de poco riesgo. Por ello, es vital saber estimar la pérdida sanguínea, por medición directa, cuantitativa. Es preferible saber medir la pérdida sanguínea acumulada en todo el parto. La esti-



mación visual no estima alrededor de 33% a 50% de la real pérdida. Se puede medir con las sábanas cubremesas/contenedores; es mejor medir luego de que nazca el bebe, para evitar incluir el líquido amniótico y otros fluidos. Pesarse las gasas, los campos, los coágulos, todo en una bolsa. Escribir todo acontecimiento en el reporte.

Se indica los beneficios del manejo activo del tercer periodo del parto. El componente clave es la oxitocina. Según la revisión Cochrane 2013, 10 u de oxitocina en infusión EV o vía IM es mejor que utilizar derivados del ergot o el misoprostol. La oxitocina podría utilizarse aún después de clampar el cordón o de la salida de la placenta.

Tener un plan de atención de emergencia para la hemorragia obstétrica. Cada área de atención del parto debe tener un plan de respuesta. En el Perú, existe el documento denominado Clave Roja⁽²⁾. El determinar la etiología ayudará a tener una mejor respuesta. La atonía uterina es responsable en 70% de los casos. Tener disponible buena luz y buena exposición para evaluar las laceraciones de vagina y cuello. En nuestro país, tener presente que la retención de placenta es la primera causa de muerte materna en el grupo de hemorragias obstétricas.

En el Plan de atención de la HPP, tratar de llegar siempre a un diagnóstico; considerar los signos vitales y la pérdida sanguínea en cada periodo del trabajo de parto. Cada miembro del equipo de atención de la emergencia de la hemorragia obstétrica debe tener un rol, con un plan de comunicación para activar la respuesta inmediata; que sepa identificar las medicinas, equipo, instrumental. Estandarizar la respuesta ante la HPP, con ensayos permanentes del equipo. Aprender el uso de registros electrónicos, algoritmos, normas de decisión, alerta a los médicos del equipo multidisciplinario, programa de apoyo para la paciente, familiares y para el mismo equipo obstétrico participante.

El Consenso recuerda que la HPP ocurre mientras se está celebrando el nacimiento del nuevo bebé; súbitamente cambia el escenario, produciendo un cuadro de *shock* de la paciente, fami-

liares y el equipo de atención a la parturienta. Luego de retirar a los familiares, hay poco tiempo para comunicar a la puérpera lo que se va a hacer, el uso de métodos invasivos. Considerar siempre informar, calmar, conversar sobre el incidente, movilizar especialistas, hacer la referencia. También, es necesario reconocer el trastorno de estrés postraumático de la parturienta.

Y no olvidar que el equipo de atención requiere la cultura de reuniones inmediatas y periódicas, en las que se designa roles y responsabilidades, se establece metas, planificación a corto y largo plazo, recapitulación de lo actuado, aspectos críticos, contingencias, recursos, preocupaciones. En la revisión multidisciplinaria de las hemorragias severas, el Consenso sugiere se considere los casos en los que se utilizó más de 4 unidades de hemáties, o la admisión a la unidad de cuidados intensivos. Evaluar cada cierto tiempo si es que están mejorando los resultados, si se reducen las hemorragias y la morbimortalidad, con seguimiento de las mujeres con hemorragia severa.

En nuestro país, donde aún las hemorragias lideran las muertes maternas y la morbilidad extrema, la evaluación del Consenso publicado por ACOG puede ser oportuna para utilizarla como herramienta de trabajo en la labor de disminuir la morbimortalidad por hemorragias obstétricas, conociendo que la mayoría de ellas es prevenible.

José Pacheco-Romero
Director, Revista Peruana de Ginecología y
Obstetricia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PL, et al. National partnership for maternal safety. Consensus bundle on obstetric hemorrhage. 2015 por ACOG, publicado por Wolters Kluwe Health, Inc.
2. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: derecho de todas las mujeres. Perú 2006. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>.

