



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Prevención de la hemorragia intraparto y calidad asistencial

Prevention of haemorrhage during labour and quality health care

I. Cristóbal García

Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital Sanitas La Zarzuela, Aravaca, Madrid, España

Recibido el 17 de marzo de 2010; aceptado el 17 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 20 de mayo de 2010

La hemorragia anteparto y posparto siguen suponiendo una de las principales causas de morbilidad obstétrica. Se le han atribuido entre el 17–25% de las muertes relacionadas con la gestación^{1,2}. Por su impacto en la mortalidad materna, resulta imprescindible que los programas de calidad en este campo se orienten a disminuir la prevalencia de esta entidad. En este sentido, el estudio de Cabrera et al³ representa una interesante aportación sobre el tema.

Desde el punto de vista obstétrico, se considera que la pérdida sanguínea «fisiológica» en un parto depende, en gran medida, del tipo de parto. En este sentido, la media de pérdida en un parto vaginal es de 500 ml, mientras que en una cesárea es de 1.000 ml y en caso de histerectomía obstétrica de 1.500 ml. Estos volúmenes, con mucha frecuencia, son infraestimados y clínicamente pasan desapercibidos por la adaptación materna a la pérdida sanguínea (expansión volumen sanguíneo durante la gestación).

La hemorragia posparto como entidad patológica ha sido definida de forma variable en la literatura^{4–7}. Las definiciones han incluido desde valoraciones subjetivas de «pérdida mayor de lo habitual» hasta la disminución del hematocrito de más del 10% o definirla en función de la necesidad de transfusión⁴. Debido a esta variación en su definición la incidencia exacta de la hemorragia posparto es difícil de conocer; sin embargo, las estimaciones más actuales señalan que esta hemorragia posparto puede aparecer en torno al 4–6% de los partos^{4,8}. Según su etiología, se clasifican en 2 grupos: temprana (en las primeras 24 h tras el parto) y tardías (hasta 6 semanas posparto). Para el

obstetra son mucho más frecuentes y, en ocasiones, de más difícil manejo las hemorragias tempranas o precoces. Conociendo los factores de riesgo para la atonía uterina e iniciando rápidamente las maniobras preventivas o terapéuticas se puede disminuir la pérdida sanguínea.

Se han sugerido 2 métodos preventivos de la hemorragia posparto debida a la atonía uterina: manejo activo del tercer estadio del parto (el alumbramiento o expulsión placentaria) y la expulsión espontánea de la placenta tras una cesárea. Recientemente una revisión Cochrane revisaba los efectos de la administración profiláctica de oxitocina en el tercer estadio del parto (alumbramiento) frente a la no administración de terapias uterotónicas⁹. Las pacientes tratadas tenían una reducción significativa de la media de pérdida sanguínea, hemorragia posparto y necesidad de otros tratamientos uterotónicos. Si bien no hay dudas de la evidencia científica de esta afirmación, la controversia surge al hablar del momento de la administración de oxitocina. Algunos estudios sugieren que la administración de la oxitocina antes de la expulsión placentaria reduce la pérdida sanguínea y la necesidad de transfusiones¹⁰. Otros, sin embargo, no encuentran diferencias significativas en cuanto al «timing» de la administración de oxitocina¹¹.

En cualquier caso, una revisión sistemática de la literatura confirma que una medida preventiva de la hemorragia intraparto es la de optar por un manejo activo del tercer periodo del parto o alumbramiento¹². Consiste en la administración profiláctica de fármacos uterotónicos en el momento o inmediatamente después del parto, pinzamiento y corte del cordón umbilical y tracción controlada del mismo para la expulsión de la placenta. También la expulsión espontánea de la placenta tras una cesárea se asocia con

Correo electrónico: icristobalg@sego.es

reducción de la pérdida hemática (hasta un 30% de reducción en la pérdida sanguínea en alguno de los trabajos, además de reducir en 7 veces la incidencia de endometritis posparto frente a la extracción manual)¹³.

La valoración de la hemorragia en el parto es considerada como uno de los 7 indicadores relevantes que ha definido la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO)¹⁴, por la posibilidad de incrementar el riesgo para nuestras pacientes. Como señalan los autores del trabajo de este número de la revista³, la SEGO establece como una disminución excesiva de hemoglobina el descenso igual o superior a 3,5 grs. respecto a valores preparto, en cualquier momento antes del parto y considera el estándar orientativo en el 4% de los partos y el 8% de las cesáreas.

Los autores presentan un trabajo en el que valoran como excesiva la prevalencia de anemias posparto en la fase inicial del estudio. Efectivamente, a pesar de tratarse de un hospital de II nivel, consideramos excesiva esta prevalencia. En hospitales docentes, a diferencia del que nos ocupa, la prevalencia de anemia posparto puede ser algo más elevada, por la lógica participación de los alumnos pregrado o de los residentes en la atención del parto y del periodo de alumbramiento.

Consideramos importante la reflexión de los autores respecto a que a una prevalencia del 8% de anemias posparto en partos vía vaginal es excesivamente alta. La asistencia al parto, como señalan los autores, no siempre ha evolucionado en consonancia a la evidencia científica, probablemente por la especial idiosincrasia de nuestra especialidad, en la que hay una parte que evoluciona rápidamente, la ginecología, y otra de evolución más lenta, pero con gran carga asistencial, la obstetricia. Más de la mitad de esta carga asistencial obstétrica se realiza en las guardias y no siempre se pone el énfasis necesario en cumplir los mínimos de los estándares de calidad. Por ello es frecuente que los ginecólogos tengamos una vertiente más científica en la ginecología y otra más basada en el «arte» de la asistencia obstétrica.

Creemos que la voluntad de cambio de los autores es muy positiva. Una vez detectado el problema, la alta prevalencia de anemias posparto, se realiza un análisis de las mismas y se identifican áreas de mejora, planteándose las correspondientes acciones de mejora. En este caso, las 2 estrategias planteadas se basan en la evidencia científica ya publicada, en el alumbramiento dirigido, la utilización restrictiva de la episiotomía y la implementación de la metodología del ciclo PDCA. Los buenos resultados obtenidos en la reevaluación de los datos (disminución de la pérdida sanguínea intraparto desde un 8,1% hasta un 4,8%) demuestran que la aplicación de las medidas correctoras dentro de la estrategia de la mejora continua ha conseguido mejorar hasta un valor cercano al estándar establecido por la SEGO. Debe resaltarse que las medidas implementadas presentan un alto grado de aplicabilidad, sobre todo en el caso del alumbramiento dirigido.

No obstante, desde nuestro punto de vista, estos nuevos datos deben ser considerados aún como iniciales. Probablemente, cuando todo el servicio, tanto facultativos como matronas, apliquen estas 2 medidas más ampliamente y estén totalmente implicados en el protocolo de asistencia al parto, conseguirán cifras de disminución de hemoglobina intraparto más cercanas al objetivo del 4% que plantea la SEGO.

Bibliografía

1. Chang J, Elam-Evans L, Berg CJ, Herndon J, Kristi LF, Syverson CJ, et al. Pregnancy-related mortality surveillance-United States, 1991–1999. *MMWR*. 2003;52:1.
2. World Health Organization: *Regional Office for Africa*. [consultado 8/2004]. Disponible en: <http://www.afro.who.int/press/2003>.
3. Cabrera-Guerra Y, Pascual-Pedreño A, Hernández-Martínez A, Mayorga-Campo M, Martínez-Bermejo MT, Bueno-Pacheco G. Evaluación y eficacia de las medidas preventivas en la anemia intraparto. *Rev Calid Asist*. 2010, doi: 10.1016/j.cali.2009.12.002.
4. Antepartum and postpartum hemorrhage. En Gabbe: *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, 5th ed. Elsevier, 2007.
5. Pritchard JA, Baldwin RM, Dickey JC, et al. Blood volume changes in pregnancy and the puerperium. II. Red blood cell loss and changes in apparent blood volume during and following vaginal delivery, cesarean section, and cesarean section plus total hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1962;84:1271.
6. Labour and delivery and their complications. En Marx: *Rosen's Emergency Medicine*, 7th ed. Mosby, 2009.
7. Coker A, Oliver R. definitions and classifications. En: *A textbook of postpartum hemorrhage*. FIGO. Sapiens Publishing, 2006.
8. De Miguel Sesmero, JR: morbilidad materna y morbilidad perinatal. En: *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Ed. Panamericana, 2003.
9. Abalos E. Elección de agentes uterotónicos en el manejo activo del alumbramiento: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
10. Prendiville W, Harding J, Elbourne D. The Briston third stage trial: Active vs physiological management of the third stage of labor. *BMJ*. 1988;297:1295.
11. Jackson Jr KW, Allbert JR, Schemmer GK, Humphrey A, Taylor J. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in prevention of postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:73.
12. Forunet S. Peri-partum hemorrhage: surgical management. *J Chir (Paris)*. 2008;145:226–33.
13. McCurdy CM, Magann EF, McCurdy CJ, Saltzman AK. The effect of placental management at cesarean delivery on operative blood loss. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;167:1363.
14. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia*. Madrid: SEGO; 1999.