

207

✓
R/INDIC

M.F.O.
+ C.S.
V. 473 F
2003
MFN = 886

HOPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE POST GRADO

**FACTORES PREDISPONENTES DE LAS
HEMORRAGIAS OBSTETRICAS Y MANEJO EN LA
MATERNIDAD GERMAN URQUIDI**

AUTOR: DRA MIRTHA VERA ROJAS

CARGO: RESIDENTE III

TUTOR: DR. EDUARDO SOTO

DRA. GIOVANA CAMACHO

COCHABAMBA, 05 DE MARZO DE 2003

#18

RESUMEN

Debe existir protocolos establecidos para transfundir sangre y sus derivados y evitar de esta forma morbilidad en las pacientes que no requieran esta transfusión lo que en la actualidad no existe en el HMIGU; por tal motivo se plantea un objetivo que es la de evaluar el uso de las soluciones y unidades de sangre en las pacientes con hemorragias obstetricas.

Los resultados obtenidos muestra que el 62 % de las pacientes transfundidas con sangre presentan Hb de 7-11 gr./dl y un 10% tiene Hb de 12-14 gr./dl; y para la restitución de la volemia se ha utilizado concentrado de glóbulos rojos en un 62%.

A la conclusión que se llega es que un 65% de la pacientes no ameritaban ser transfundidas con sangre pero todas recibieron por lo menos 1 unidad d de sangre. Se recomienda que las pacientes con Hb mayor a 8 gr./dl y controlados el foco hemorrágico se debe evitar la transfusión por el riesgo supera al beneficio.

INDICE

Introducción	Pag. 1
Título	Pag. 30
Objetivos	Pag. 30
Material y Métodos	Pag. 32
Justificación	Pag. 33
Resultados	Pag. 34
Conclusiones	Pag. 38
Recomendaciones	Pag. 40
Bibliografía	Pag. 41
Gráficos	Pag. 42

INTRODUCCION

El uso de la sangre y sus derivados en pacientes obstétricas con antecedentes de hemorragia ha sido uno de los mayores avances y logros de la medicina, teniendo un impacto positivo en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

Sin embargo el abuso de las transfusiones de sangre y sus derivados constituye un factor contribuyente a la morbilidad en los pacientes que no ameritan esta conducta.

Por lo tanto creemos que el manejo científico de los cristaloides, sangre y sus derivados debe ajustarse a normas y protocolos establecidos por entidades correspondientes sobre todo en Centros donde la demanda es importante como en nuestro Servicio.

Durante el embarazo el volumen sanguíneo de la gestante aumenta hasta un 60% más del promedio. Además de esta preparación funcional para la pérdida inevitable de sangre en el parto, se sabe que las mujeres, embarazadas o no, toleran la anemia moderada donde el hematocrito de 18 a 25%; la hemoglobina de 6 a 8g/dl si se conserva la normovolemia.

Es rara la necesidad de transfundir sangre en las embarazadas y varía de 0,37 en caso de parto vaginal a un

6,8% en caso de cesárea, muchas son las causas de hemorragia obstétrica que originan la pérdida masiva de sangrado.

En la evaluación de la pérdida hemática es de suma importancia que el obstetra estime el déficit volumétrico de sangre en la embarazada con hemorragia notable. La pérdida aguda de 15% de volumen sanguíneo normal es de mas o menos de 500 ml de sangre entera, suele manifestarse con taquicardia mínima, y no hay en la presión arterial, presión diferencial del pulso, frecuencia respiratorio o el llenado capilar. La pérdida de 15 a 30% de 2 a 3 unidades ocasiona taquicardia, taquipnea y disminución en la presión diferencial por la vasoconstricción periférica y el incremento de la presión diastólica; algunos pacientes en este segundo nivel pueden necesitar transfusión, pero casi todos se estabilizan con soluciones cristaloides, y las transfusiones sanguíneas de sangre deben basarse en pautas específicas.

La pérdida aguda de 30 a 40% (3-4 unidades o 1.5 a 2 Litros de sangre) se conlleva a la disminución de la presión sistólica y taquicardia y taquipnea notables.

La pérdida que rebasa el 40% (mas de 4 unidades) puede causar la muerte, y produce síntomas, como notable taquicardia, depresión intensa de la presión sistólica, estrechamiento de la presión diferencial y a menudo ruidos

no auscultables de la presión diastólica, la piel está fría y pálida, por lo común se necesita transfusión en estas dos últimas categorías.

la deficiencia de fibrinógeno o en la enfermedad de Von Willebrand o en la deficiencia de factor

CRITERIOS ESPECIFICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS HEMATICOS

fundamental es conservar la normovolemia, porque

- Se transfunde sangre a pacientes con hemoglobina menor de 8g/dl o hematocrito menor de 24%, persona con pérdida hemáticas aguda, personas con signos de hipoxia aguda, en caso de cirugía inminente.

- Plasma fresco congelado se administra a pacientes con deficiencia de múltiples factores (sospecha o conocido) con tiempos parcial de tromboplastina y o protrombina mayores (tiempo de protrombina mayor de 18 en o parcial de tromboplastina mayor de 43), también, a pacientes con reversión de warfarina en situaciones urgentes, o en preeclamsia grave recalcitrante con síndrome de HELLP.

- Las plaquetas se administra cuando existe menos 20.000 células /mm³ y tratamiento contra cánceres o plaqueta menos de 50.000 con hemorragia o programación para cirugía o en casos de función plaquetaria anormal o número normal de trombocitos con tiempo de hemorragia mayor de 9 minutos con hemorragia o programación para cirugía.

- El crioprecipitado se administra en pacientes con sangrado o que está programado para cirugía con alteraciones demostrado como la deficiencia de fibrinógeno o en la enfermedad de Von Willebrand o en la deficiencia de factor XIII o en el caso de disfunción plaquetaria urémica. El aspecto fundamental es conservar la normovolemia, porque persiste el riesgo y la oxigenación adecuados incluso con hematocrito cercanos a 10%. Si la pérdida hemática excede el 30% hay que realizar inmediatamente el goteo endovenoso rápido de soluciones de cristaloides; después de administrar uno o dos litros y al aumentar la presión arterial, quizá no se necesite transfundir eritrocitos en particular si ha cohibido la hemorragia. Si disminuye de nuevo la presión arterial o no aumenta con la introducción en goteo rápido de dos litros de soluciones de cristaloides, cabe transfundir sangre de donador universal o con especificidad de tipo.

para no volumen de reemplazo (por ejemplo, pacientes anémicos

PRODUCTOS HEMATICOS DISPONIBLES

La indicación primaria para transfundir eritrocitos es conservar o restaurar la capacidad oxífora de la sangre.

♦ **La sangre completa** fresca restaura eficazmente la masa de eritrocitos, el volumen plasmático, las plaquetas y los factores de coagulación. Fisiológica agregada disminuye la

La mayor parte de las transfusiones debe administrarse como paquetes globulares, esto permite utilizar en forma óptima los recursos del banco de sangre. Los paquetes de eritrocitos son ideales para quienes requirieren estas células pero no volumen de reemplazo (por ejemplo, pacientes anémicos en insuficiencia cardíaca congestiva compensada. Sin embargo, la mayoría de los pacientes quirúrgicos requieren tanto volumen como eritrocitos; en consecuencia, los paquetes globulares se reconstituyen con una solución isotónica, preferentemente salina o fisiológica. Además de proporcionar volumen, la solución salina fisiológica agregada disminuye la

◆ Paquetes globulares

Los eritrocitos tienen una vida de 35 días y la concomitantes de plaquetas o plasma fresco congelado. V y VIII. Puede ser necesario practicar transfusiones de la actividad de las plaquetas y en la actividad de los factores de almacenamiento se produce una disminución rápida en la proporción de reanimación de volumen mas eficaz, con el Aunque la sangre entera contiene plasma y, por tanto, con una pérdida de sangre esperada mayor de 1500 mililitros. probablemente para transfusiones a procedimientos quirúrgicos sangre en estados de choque hipovolémico. También se indica La sangre entera se indica en las pérdidas agudas de