



Tratamiento de la Anemia Severa de Origen Obstétrico

Hoover Canaval – Colombia
Expresidente del AWGLA
Gineco-obstetra
Profesor de la Universidad del Valle

En este Congreso y en muchas presentaciones oiremos muchas definiciones relacionadas con anemia, se podría decir que una gestante que ha reducido el número normal de sus glóbulos rojos en sangre está en anemia.

Definición

La Organización Mundial de la Salud define anemia en el embarazo cuando se tiene en el primero y tercer semestre una hemoglobina por debajo de 11 g/dl y en el segundo trimestre por debajo de 10.5 g/dl. Sin embargo, lo que nos interesa saber es en qué consiste la anemia severa, dado que en la gran mayoría de los grupos de trabajo ciertamente existe controversia alrededor del tema. Algunos sugieren, como la Organización Mundial de la Salud, definir la anemia severa cuando una paciente tiene hemoglobina por debajo de 7.0 g/dL. Por otro lado, nos preocupa el diagnóstico de anemia severa en relación al nivel de mortalidad materna que puede generar al igual que las anemias leves o moderadas que estarían entre 7 y 11 g/dL.

La anemia es un problema relacionado no solamente con la reducción de los glóbulos rojos, también es un problema que tiene que ver con la situación nutricional, las defensas e involucra a otros órganos en ese proceso. Todos estamos de acuerdo en que la anemia severa sí tiene un riesgo significativo de mortalidad materna y está asociada con bajo peso al nacer, mayor tasa de parto pretérmino, mortalidad perinatal y, por supuesto, morbilidad materna extrema. Tenemos que ser claros y concientes de que algunas de nuestras pacientes van a tener altas probabilidades de sufrir eventos mórbidos severos o la muerte.

Epidemiología

Y es que la anemia es un problema serio en Latinoamérica. En un mapa de una compilación de información entre los años 1995 y 2005, se aprecia una alta prevalencia en países como Perú, Guyana, Haití, En realidad es un problema de salud pública, y qué decir de Colombia, Bolivia, Chile, Venezuela, Brasil, Argentina, Paraguay, en donde todos estamos involucrados con un grado de anemia moderada.

En algunos países son importantes las dietas vegetarianas, para nosotros no lo es tanto. En nuestra consulta no lo encontramos como un factor de riesgo tan trascendental, pese a que está descrito. Es muy frecuente que muchas pacientes a lo

largo de su vida desarrollen factores de riesgo en relación a las pérdidas menstruales, por eso, siendo la anemia un condicionante nutricional muy importante, la baja escolaridad, la multiparidad, son factores de riesgo que tenemos que tener en cuenta, así como la hiperemesis gravídica, en donde en el primer trimestre tenemos a una paciente con una nutrición bastante desastrosa.

Factores

Yo diría que el condicionante más grave de la anemia severa en obstetricia es la hemorragia postparto, la cual genera y causa mayores afecciones. Está descrita por la Organización Mundial de la Salud como la pérdida de sangre mayor a 500 ml después de que termina el alumbramiento. El Colegio Americano de Obstetricia y Cirugía considera la hemorragia posparto cuando se ha hecho o se encuentra una reducción mayor del 10% en el hematocrito o aquella paciente en quien fue necesario transfundir glóbulos rojos después del parto por un evento de sangrado. En este orden de ideas, la hemorragia posparto nos abre un camino supremamente aterrador y es la causa de muerte materna número 1 en los países desarrollados y la número 2 en los países subdesarrollados; se nos siguen muriendo muchas pacientes.

La etiología de la hemorragia obstétrica puede ser temprana en el embarazo con una complicación de aborto y con el abuso ahora de fármacos que inducen la maduración, pues encontramos con mayor proporción anemias en las pacientes después de un aborto. En la segunda mitad del embarazo tenemos las complicaciones derivadas de patologías de la placenta: placenta previa, abruptio de placenta, placenta retenida. Encontramos en las gestaciones tempranas una gran probabilidad de úteros atónicos y hacia el final, las laceraciones en el canal del parto.

Hay unos factores que nos van a preocupar con relación a cambiar el resultado en las pacientes con hemorragias obstétricas y por eso es clave la intervención médica oportuna para lograr prevenir las pérdidas sanguíneas más importantes. Uno de los mecanismos trascendentales en la detección del sangrado en obstetricia es la contracción uterina y si no intervenimos de una manera rápida nos vamos a ver enfrentados a una hemorragia postparto. Es importante determinar la disponibilidad en las instituciones de salud de sangre, de líquidos endovenosos, de unidad de cuidado intensivo o unidad de terapia intensiva y ¿por qué hacemos referencia a esto? Porque en los países subdesarrollados algunas instituciones que atienden partos no tienen fármacos oxitócicos, no tienen uterotónicos y esto nos enfrenta a que si una paciente desarrolla un evento de hemorragia obstétrica, la probabilidad de muerte se incrementa notoriamente en relación a la lejanía a una institución de mayor complejidad.

Tampoco hay evidencia de que niveles elevados de hemoglobina sean buenos como respuesta a un evento hemorrágico; no quiere decir que una paciente que entre a su parto con 14 de hemoglobina no vaya a tener un evento hemorrágico y su respuesta vaya a ser mejor, recuerden entonces que la respuesta es la contractibilidad uterina y

esto depende a veces del efecto directo de la oxitocina endógena o de los efectos farmacoterapéuticos que instalemos.

En dos tercios de los casos de sangrado intraparto no encontramos un factor de riesgo. Cuando hacemos una valoración anteparto del riesgo de hemorragia en una paciente sólo predecimos el 40% y el mejor tratamiento para una hemorragia postparto es la prevención. En ese orden de ideas y entendiendo que nuestra medicina afronta cada vez más un número incrementado de demandas, ésta es la premisa hacia la cual una conferencia como ésta se debe centrar.

Los condicionantes de sangrado intraparto sobre los cuales vamos a intervenir haciendo medicina preventiva son aquellas pacientes con cesárea previa, multíparas, con polihidramnios, con antecedentes en partos anteriores de retención de placenta, acretismos placentarios, antecedentes de una hemorragia postparto, trastornos de la coagulación que nos llegan con mucha frecuencia; terapia con anticoagulantes, historia de leiomiomatosis evidente y la paciente se embaraza, pacientes que desarrollan un trabajo de parto acelerado y precipitado, todas las pacientes que se exponen a una episiotomía, el trabajo de parto prolongado, pacientes con fetos macrosómicos y embarazos múltiples.

No olvidemos ahora que con el advenimiento de todas las técnicas de fertilización *in vitro* se ha incrementado y dentro de esos condicionantes también está el uso prolongado de oxitócicos. No podemos olvidar que en las gestantes, cuando hablamos de una gestante tardía, sus condicionantes son mayores con relación a la respuesta e igualmente es un condicionante a los grandes abruptos de placenta, la infección intraamniótica y aquellas pacientes que tienen anemias entre la semana 24 y 29 y no han podido superar este fenómeno en la primera mitad del embarazo, son pacientes que tienen una mayor probabilidad de hacer un sangrado intraparto.

Veamos el incremento del riesgo para que entendamos la magnitud de cada una de estas afecciones. En orden de riesgo de hemorragias posparto: abruptio de placenta, placenta previa, retención de placenta, embarazo múltiple, infección intraamniótica con 2.5 veces mayor riesgo para sangrado intraparto, inducción de trabajo de parto, ejecución de una episiotomía. Además, la paciente puede tener varios factores de riesgo y eso hace que el riesgo se duplique, se triplique o llegue a unos valores en donde esta paciente va hacer sangrado intra- y postparto.

Otros factores de riesgo para la hemorragia posparto, por supuesto que no vemos con mucha frecuencia, es el trabajo de parto estacionario y en donde al final de cuentas llevamos a la paciente a una cesárea; pero se nos olvida utilizar los uterotónicos en una paciente que tiene la fibra muscular agotada, los acretismos placentarios que pueden tener. Inclusive respuestas de hipotonías uterinas muchas horas después de haber manejado el fenómeno agudo, las laceraciones que pasan desapercibidas y que generan un fenómeno de consumo de factores de la coagulación.

En China se demostró que las pacientes que tenían hemoglobina por debajo de 10 g/dl presentaban una mortalidad de 70 por 10.000 partos, mientras que en aquellas que tenían valores por encima de 11 g/dl la mortalidad era sólo de 19.7 por 10.000 partos. Como podemos ver, son cifras extremadamente distantes para valores muy cercanos de decilitro por unidad.

La probabilidad de un parto pretérmino inesperado es casi una condición y es lógico, ya que el feto dice: “es mejor estar allá afuera que aquí adentro porque la comida aquí como que no llega”. Ahora, la mortalidad perinatal nos debe preocupar, porque el riesgo es tres veces mayor en las pacientes con hemoglobinas por debajo de 8 g/dl y si el feto tiene algún compromiso, alguna malformación, aún siendo compatibles con la vida, la mortalidad se duplica, existiendo un riesgo relativo 5 veces mayor.

Consecuencias

¿Por qué hacer énfasis en las consecuencias de la anemia severa? Porque es nuestra obligación entender que es un manejo agresivo de medicina de emergencia con altos niveles de complejidad, en donde nuestras pacientes se enfrentan a mortalidad y morbilidad extremas.

Adicionalmente, la anemia severa incrementa la severidad de otras patologías, entiéndase hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes mellitus y preeclampsia, donde se hace más agresivo el cuadro por insuficiencia cardíaca, la cual es más notoria. Además, en estas pacientes se hacen más evidentes los síntomas que a veces pasamos desapercibidos o no les damos la trascendencia que ameritan, en donde se desarrolla una sintomatología a la cual simplemente le hacemos recomendaciones de reposo. Por otro lado, muchas de nuestras pacientes, ahora profesionales, tienen un retardo importante en reiniciar las actividades diarias mucho menor.

Finalmente, desde el punto de vista fetal hay mayor prematurez, reducción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal crónico. Todavía queda una incógnita grande en la medicina alrededor de la reserva de hierro del feto.