

# Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto

Guía de Práctica Clínica (GPC)

2013





## Introducción

La hemorragia posparto, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador.

## Definiciones y clasificación de la hemorragia posparto (HPP)

### Definición

Pérdida de Sangre mayor a 500 ml en un parto vaginal y que supera 1000 ml en un parto por cesárea o toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica . A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos.<sup>1-6</sup>

### Hemorragia posparto primaria o inmediata

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina, que se define como la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.<sup>1-6</sup>

### Hemorragia posparto secundaria o tardía

La HPP secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se debe a la retención de productos de la concepción, infección o ambas.<sup>1-6</sup>

## Etiología de la hemorragia posparto

La atonía uterina es la causa más común e importante de HPP.

El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción del útero que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos. Al no producirse una buena contracción existe riesgo de hemorragia.<sup>6</sup>

Para el abordaje sistemático de la HPP es útil recordar la nemotecnia de las 4 T, que describe las causas de HPP en orden de frecuencia: <sup>1,3,4,6-8</sup>

Causa	Frecuencia (%)
<b>Tono:</b> atonía uterina	70
<b>Trauma:</b> lesión cervical o vaginal, ruptura uterina	20
<b>Tejido:</b> retención de placenta o coágulos	10
<b>Trombina:</b> coagulopatía preexistente o adquirida	<1

Se han descrito una serie de factores identificables, en muchos casos una hemorragia puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo clínico. Se recomienda que los profesionales estén preparados para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto y se instauren medidas profilácticas como el manejo activo de la tercera etapa del parto en todas las mujeres. <sup>7-10</sup>

**Tabla 1. Factores de riesgo descritos para hemorragia posparto** <sup>33,34</sup>

<b>A. Presentes antes del parto y asociados a incremento sustancial de la incidencia de HPP. Se aconseja la atención del parto en centros de mayor complejidad. Factores de Mayor riesgo: Episiotomía, cesárea y parto prolongado</b>	
Factor	4T
Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario	Trombina
Placenta previa conocida	Tono
Embarazo múltiple	Tono
Preclampsia hipertensión gestacional	Trombina
<b>B. Presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de HPP</b>	
HPP previa	Tono
Etnia asiática	Tono
Obesidad (IMC>35)	Tono
Anemia (Hb < 9 g/dL)	
<b>C. Presentes durante el trabajo de parto y parto</b>	
Cesárea de emergencia	Trauma
Cesárea efectiva	Trauma
Inducción del trabajo de parto	

Placenta retenida	Tejido
Episiotomía medio-lateral	Trauma
Parto vaginal asistido (fórceps/vacum)	Trauma
Trabajo de parto prolongado (>12 horas)	Tono
Macrosomía fetal (>4 kg)	Tono/Trauma
Pirexia durante la labor	Trombina
Edad mayor de 40 años, primipara	Tono

**Tabla 2. Argumentos para el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto**

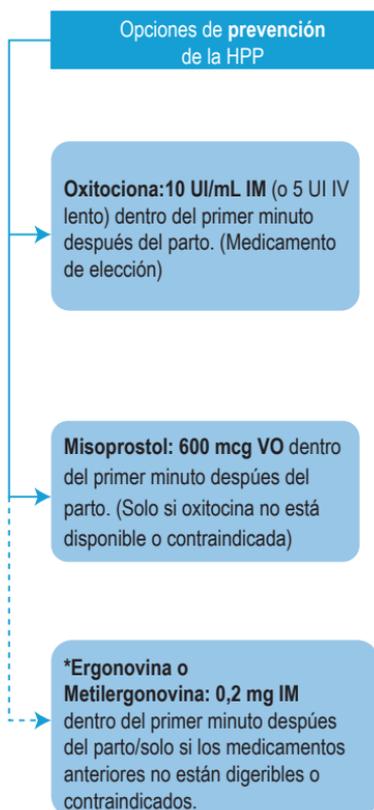
Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y etiología
Hemorragia posparto inmediata	- Útero blando y no retraído - Taquicardia - Hipotensión	Atonía uterina	70% Atonía uterina.
Hemorragia posparto inmediata	- Placenta íntegra - Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné	20% Trauma
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso	- Inversión uterina visible en la vulva o sangrado inmediato	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura) Sangrado intraabdominal y/o vaginal)	- Abdomen doloroso - Shock - Taquicardia - No se expulsa la placenta	Rotura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto	- Útero contraído	Retención de placenta	10% Tejido, retención de productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	- Sangrado inmediato - Útero retraído	Retención de restos placentarios	
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	- Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) - Anemia	Retención de restos placentarios	

## Prevención de la hemorragia posparto: manejo activo de la tercera etapa el parto.

### Manejo activo de la tercera etapa del parto

**Paso 1.** Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro del primer minuto luego del nacimiento del recién nacido. <sup>6</sup> Luego de descartar la presencia de otro(s) producto(s).<sup>6</sup>

## Esquema farmacológico para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO)<sup>6</sup>



**Paso 2.** Tracción controlada del cordón umbilical.<sup>6</sup> luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto. 31-32-33

### **Paso 2. Tracción y contratracción del cordón umbilical.<sup>6</sup>**

No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero.

No se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contra-tracción por encima del pubis con la otra mano.

### **Paso 3. Masaje uterino posparto.<sup>6</sup>**

Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las dos primeras horas, se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales.

### **Tratamiento de la hemorragia posparto. Hemorragia posparto inmediata.**

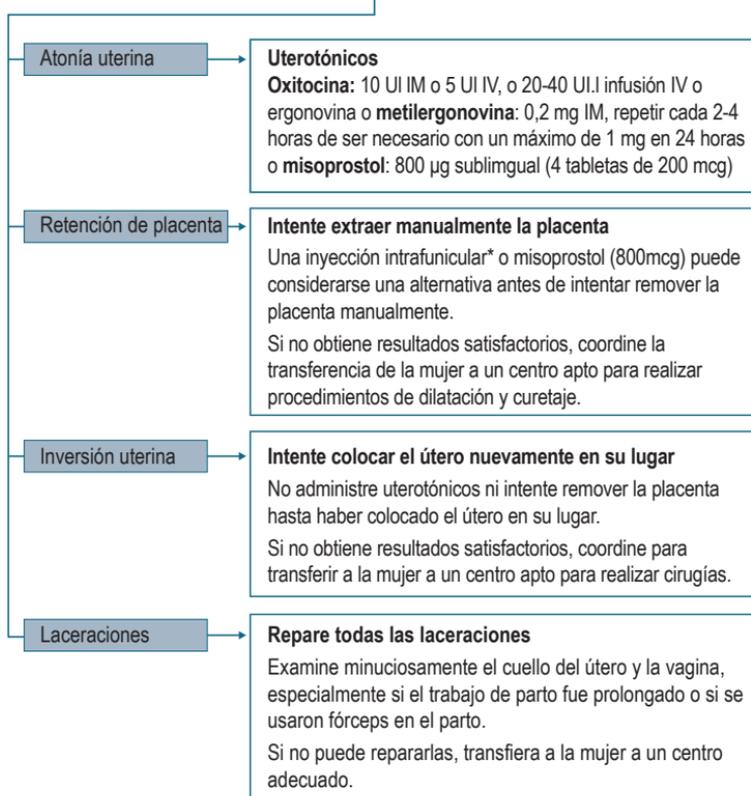
**Una vez que la hemorragia posparto inmediata ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo SIMULTANEAMENTE.<sup>8</sup>**



## Manejo general

Reanimación	Evaluar la causa	Tratamiento	Manejo
<p><b>La paciente debe ser informada</b></p> <p><b>Coloque dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y suministre soluciones cristaloides en volumen de hasta dos litros en infusión rápida.</b><sup>33,34</sup></p> <p><b>Realice una rápida evaluación del estado general, signos vitales:</b> pulso, presión- arterial, respiración, temperatura. (Si sospecha shock, inicie tratamiento inmediatamente)</p>	<p><b>Evalúe el tono uterino</b></p> <p><b>En atonía:</b></p> <p>Inicie masaje uterino bimanual como primera medida para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos, mientras prepare de forma simultánea el manejo farmacológico.</p>	<p><b>Se inicia solo en caso de no haber iniciado prevención farmacológica anteriormente</b></p> <p><b>Opción 1:</b> Oxitocina 10UI/mL IM (o 5 UI IV lento), o 20-40 UI en 1000 mL de solución cristaloides en infusión IV a 250 mL/h</p> <p><b>Opción 2:</b> Misoprostol 800 µg sublingual (4 tabletas de 200 mcg)</p> <p><b>Opción 3:</b> *Ergonovina o Metilergonovina (en ausencia de contraindicaciones) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 o 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un periodo de 24 horas.</p>	<p><b>Asegure una adecuada permeabilidad aérea</b></p> <p>Coloque una sonda vesical para la monitorización del gasto urinario.</p> <p><b>Identifique la causa de la hemorragia e inicie los tratamientos específicos de acuerdo a la causa (ver algoritmo):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expulsión completa de la placenta e íntegra.</li> <li>- Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros. (<i>Considere la posibilidad de coagulopatía.</i>)</li> </ul> <p><b>Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad.</b></p>

## Manejo específico de acuerdo a la causa



\* Inyección intrafunicular = administrar 20 UI de oxitocina disueltos en 20 mL de solución salina por el lado placentario del cordón umbilical.





ISBN 978- 9942- 07-453-9



9 789942 107453

