

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención y manejo de la **HEMORRAGIA POSTPARTO** en el primer y segundo niveles de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-103-08**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

CIE 10: XV 000-099 Embarazo, parto y puerperio 0072 Hemorragia postparto

GPC

Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primer y segundo niveles de atención

ISBN en trámite

Definición

La hemorragia postparto (CIE 10 O 72 hemorragia postparto) es cualquier pérdida sanguínea que tiene el potencial de causar inestabilidad hemodinámica, sin embargo ésta definición no considera la cantidad de sangrado solo las condiciones hemodinámicas, tradicionalmente se ha considerado a la hemorragia postparto como la pérdida de 500ml de sangre postparto y 1000ml trans y postcesárea, ya que las pérdidas permisibles varían de acuerdo a las condiciones previas de la paciente. (SOGC2009; RCOG 2009)

Factores de riesgo

	Proceso etiológico	Factores de riesgo
"TONO" (atonía uterina)	Útero sobre distendido	Polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía
	Cansancio del músculo uterino	Parto rápido, parto prolongado, alta paridad
	Infección Intraamniótica	Fiebre, rotura prematura de membranas prolongada
	Alteración anatómica o funcional del útero	miomas, placenta previa, anomalías uterinas
"TEJIDO" (retención de productos)	Placentario	Expulsión incompleta de la placenta, cirugía uterina previa, paridad alta, placenta anómala
	Coágulos	Útero atónico
"TRAUMA" (lesión del canal genital)	Desgarro en canal blando	Parto precipitado, parto operatorio
	Desgarro en cesárea	Malposición, gran encajamiento
	Rotura uterina Inversión uterina	Cirugía uterina previa Gran paridad, placenta fúndica
"TROMBINA" (alteraciones de la coagulación)	Previas: hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand	Coagulopatías, hepatopatías
	Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico)	Sangrado con el rasurado, muerte fetal, Fiebre, Leucocitosis, Hemorragia anteparto, inestabilidad aguda
	Anticoagulación terapéutica	Estudio de coagulación

*Tomado de *Scottish intercollegiate guidelines network. Perioperative blood transfusion for elective surgery. Scottish, 2001.*

Prevención preparto

Prevención preparto

La anemia fisiológica del embarazo se presenta hasta en un 37%, el valor normal del hematocrito durante la gestación es de 33-35 %. Aquellas mujeres con un estado anémico previo al embarazo, deberán recibir suplementos de hierro, a razón de: 1.8 a 2.5 mg de hierro elemental, administrado en ambiente ácido, cada 24 horas (15 a 20 gotas de hierro en solución en un vaso de jugo de cítrico, 15 minutos antes de algún alimento).

La administración de hierro se recomienda de forma intravenosa o intramuscular en mujeres refractarias o intolerantes al hierro oral.

- *El cambio fisiológico que permite la tolerancia de la pérdida aguda de sangre en el momento del parto es el incremento del volumen circulante de la masa eritrocitaria.*

Prevención postparto

Manejo activo del tercer periodo del parto:

- administración de un oxitócico con fines profilácticos después del nacimiento de los hombros
- pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical
- tracción controlada del cordón umbilical.

Presión del fondo uterino. No existen estudios para apoyar su uso para abreviar el tercer periodo de trabajo de parto.

Presión bimanual del útero. Una vez terminado el tercer período del parto previa verificación de que no existe retención de restos placentarios, acretismo, desgarros o laceraciones del cérvix, vagina y de vulva.

Oxitocina. Se recomienda administrar oxitocina 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartman de 500 cc. o glucosada al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior.

Ergonovina. Se recomienda administrar una ampolleta ergonovina de 0.2 mg IM ó IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior para prevenir la hemorragia postparto.

Sintometrina (5 UI de Oxitocina mas 0.5 mg ergonovina). Es mas efectivo el uso de sintometrina que la administración de 5 UI de oxitocina, pero está asociado con más efectos adversos. Al compararse con la administración de 10 UI de oxitocina la ventaja de la sintometrina fue mínima.

No se recomienda usar ergonovina o sintometrina en pacientes con hipertensión.

Misoprostol. No es superior que la combinación de oxitocina y ergometrina. Su uso se limita al caso de no disponer de oxitocina o ergonovina, se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg. (tres tabletas).

Carbetocina. No existe suficiente evidencia de que 100 microgramos de por vía intravenosa sea tan efectiva como la oxitocina en la prevención de la hemorragia postparto, sus ventajas radican en ser administración de una sola dosis y que su efecto se mantiene por varias horas

Ni las prostaglandinas intramusculares ni el misoprostol son preferibles a los uterotónicos inyectables convencionales como parte del manejo del alumbramiento, en especial para las mujeres de bajo riesgo.

Diagnóstico

Diagnóstico temprano de la hemorragia postparto

- Se basa en la presencia de hemorragia genital posterior al alumbramiento, en el parto vaginal; se deberá descartar la hipotonía uterina, la presencia de desgarros del cérvix, vagina y la ruptura uterina. En la cesárea la hipotonía uterina y el acretismo placentario. Y en ambos alteraciones de la coagulación.
- Se recomienda el uso de uterotónicos intramusculares o intravenosos como tratamiento de primera línea para la hemorragia postparto primaria, usando oxitocina sola o en combinación con ergonovina. Aun cuando la prevención de la hemorragia postparto primaria se ha estudiado ampliamente, el tratamiento de la misma aun necesita mayor estudio.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico			
Medicamento	Dosis	Efectos adversos	Contraindicaciones
Oxitocina	10 unidades IM o cinco unidades IV 10 a 20 unidades / litro	usualmente ninguno, contracciones dolorosas, náusea, vómito	hipersensibilidad al medicamento
Ergonovina	0.25mg im / 0.125 mg IV repetir cada cinco minutos como sea necesarios con un máximo de ocho dosis	vasoespasma periférico, hipertensión, náusea, vómito	hipertensión, hipersensibilidad al medicamento
Carboprost	0.25mg im repetir cada 15 minutos como sea necesario con un máximo de ocho dosis	estornudos, diarrea, náusea, vómito, broncoespasmo, desaturación de oxígeno	enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o hepática, hipersensibilidad al medicamento

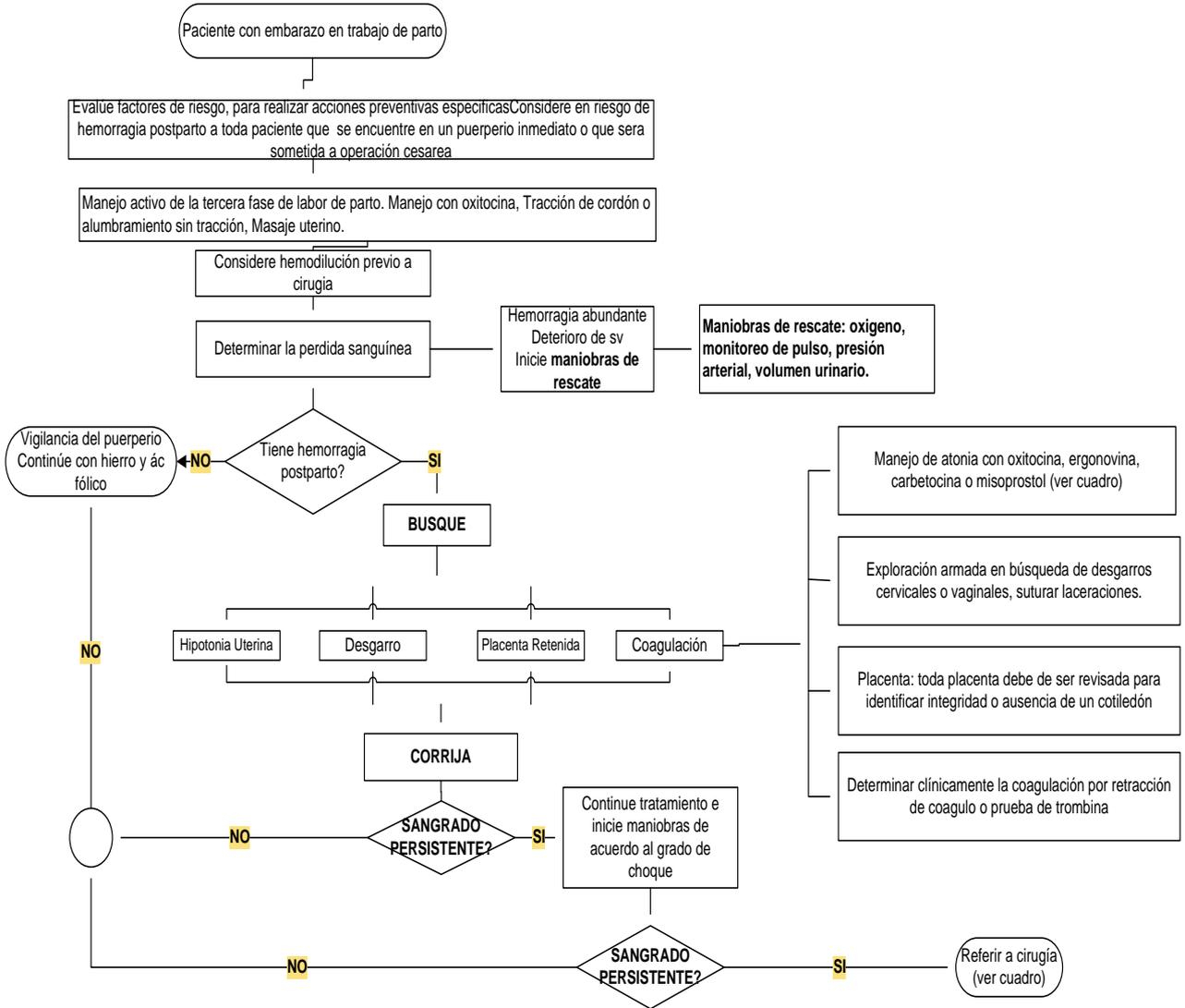
Modificado de: *SOGC clinical practice guidelines. prevention and management of postpartum haemorrhage. 2000*

Tratamiento no farmacológico

Realice un taponamiento, utilizando compresas de gasas estériles y colocándolas manualmente en la cavidad uterina, de manera uniforme y suave sin provocar desgarros o perforaciones. El tiempo de remoción de las gasas es de 24 a 36 horas; se deben administrar antibióticos de forma profiláctica.

La técnica de taponamiento brinda hasta dos horas para poder estabilizar a la paciente antes del tratamiento quirúrgico definitivo.

Algoritmo Tratamiento de la hemorragia postparto



Cuadro clínico. Choque hipovolémico

Cuadro clínico en diversas etapas de choque hipovolémico*

Signos clínicos	Temprana	Intermedia	Irreversible
Estado Mental	Alerta, ansiosa	Confundida	Extremadamente desorientada
Aspecto General	Normal, afebril	Pálida y fría	Cianótica y fría
Presión arterial	Normal o ligeramente disminuida	Hipotensión	Hipotensión intensa
Respiración	Taquipnea leve	Taquipnea	Diseña, cianosis
Diuresis	30-60 ml./hr.	30 ml./hr.	Anuria

* Tomado de Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico. Secretaría de Salud. 2002

Clasificación de choque hipovolémico y reposición de líquidos y sangre*

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de sangre (ml)	Hasta 750	750-1 500	1 550-2 000	>2 000
Pérdida de sangre (% VS)	Hasta 15%	15-30%	30-40%	0,4
Frecuencia del pulso	<100	>100	>120	>140
Presión sanguínea	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión del pulso	Normal o aumentada	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Gasto urinario (ml./hr.)	>30	20-30	5-15	Mínimo
SNC-Estado mental	Ligeramente ansiosa	Moderadamente ansiosa	Ansiosa y confundida	Confundida y letárgica
Reemplazo de líquido (Regla de 3:1)	Cristaloide	Cristaloide	Cristaloide y sangre	Cristaloide y sangre

* Tomado de Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico. Secretaría de Salud. 2002.

Tratamiento

Manejo del choque hipovolémico

- Iniciar expansión con cristaloides como primera elección 3 ml por cada ml de sangre perdida
- Continúe con coloides a razón de 1 ml por cada ml de sangre perdida para hemodilución aguda hipervolémica, hasta lograr restablecer una presión arterial media por arriba de 60mmHg (diastólica mas diastólica mas sistólica entre tres, la normal=93.3), evite sobrecarga, mantiene gasto cardíaco y evita falla orgánica.

Transfusión de concentrado eritrocitario

1. Para mantener una Hb > 7g/dL
2. Cuando la pérdida estimada es igual al 40% de la volemia. Las pérdidas superiores a 40% ponen de inmediato riesgo la vida del paciente.
3. En un paciente con pérdida igual al 30%, sin antecedentes de morbilidad pero que presenta taquipnea, con una frecuencia cardíaca superior a 130/minuto, ausencia de relleno capilar y palidez asociados con hipotensión persistente

Considerar la transfusión de concentrado eritrocitario en una paciente con signos y síntomas de anemia y un nivel de Hb \leq a 7 g/dL. Cada paquete globular incrementa de 1 a 1.5 gr la hemoglobina.

Considerar la transfusión de plasma fresco congelado en hemorragia aguda:

1. Los resultados de las prueba de TP y TPPA sean menores 1.5 veces del normal y el nivel de fibrinógeno sea menor a 1.0 g/L para prevenir la falla hemostática como consecuencia de la hipofibrinogenemia en el paciente con pérdida aguda de sangre. Cada paquete de plasma fresco incrementa 15%

En situaciones de riesgo significativo de alteración de la hemostasia (existencia previa de coagulopatía o insuficiencia hepática y cardiopatías.

Considerar la transfusión de crioprecipitado en hemorragia aguda:

1. En una etapa inicial, como primera línea de fuente de fibrinógeno (manejo de la hipofibrinogenemia dilucional: < 1g/L)
2. Luego de la administración de PFC (si la hipofibrinogenemia es persistente)

Cuando el nivel de fibrinógeno es desproporcionadamente bajo en relación con los otros factores (como ocurre en la fibrinólisis).

Considerar la transfusión de concentrado eritrocitario plasma fresco congelado o crio precipitados en hemorragia aguda:

Debido a una pérdida rápida (superior a 100 mL/min) de la volemia y si hubiera sido reemplazada por cristaloides, coloides o concentrado eritrocitario y/o cuando **no** hay suficiente tiempo para obtener los resultados de las pruebas de laboratorio mencionadas.

Considerar la transfusión de concentrado de plaquetas en hemorragia aguda cuando:

1. Exista la coagulopatía clínica asociada a la disminución del recuento de plaquetas o la causada por la disfunción de las mismas.

Pacientes que no acepten transfusiones de componentes sanguíneos deberán contar con tratamiento pre-labor y en su caso puede aplicarse el procedimiento de hemodilución aguda normovolémica

Tratamiento quirurgico

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
Colocar taponamiento previo a su traslado quirófono	La ligadura de vasos uterinos es simple y rápida La ligadura de vasos uterinos es efectiva para controlar la hemorragia postparto,	La ligadura interna ilíaca es una opción para el tratamiento de la hemorragia. Este procedimiento debe ser realizado por cirujanos con experiencia de cirugía en el espacio retro peritoneal	La histerectomía es una técnica que salva vidas en casos graves de hemorragia, debe ser empleada para controlar el sangrado tan rápido como sea posible. Este procedimiento solo está reservado para casos muy graves de hemorragia	El sangrado difuso posterior a la histerectomía debe ser controlado por empaquetamiento abdominal, a fin de normalizar la hemodinamia. Los vasos específicos con hemorragia persistente se controlaran con procedimientos de embolización
Esta técnica permite ganar tiempo previo a la resolución quirurgica	Tiene ventajas sobre la ligadura de la arteria ilíaca interna, ya que la disección es más fácil y mayor la oclusión distal arterial con menor potencial de sangrado	Existen riesgos de producir daño a las venas ilíacas, lo que puede incrementar los problemas de sangrado.	Es útil por su capacidad para eliminar el sangrado, su desventaja radica en la pérdida del útero.	El empaquetamiento debe de retirarse a las 24 o 48 horas de colocado, Se debe de manejar profilaxis antibiótica. La embolización es un recurso no accesible a todos los hospitales.