



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

El manejo basado en la evidencia de la Hemorragia Postparto

Versión en español realizada por la Dra. Atziri Ramirez-Negrin y el Dr. Joaquín Ruiz Sánchez y revisada por la Dra. Sunera Sadacali

Acerca de [OMPFI](#)

El Instituto de Salud Materna y Perinatal de Oxford ([OMPFI](#)) pretende reunir a expertos mundiales para resolver problemas prioritarios de salud materna y perinatal. La [OMPFI](#) involucra a investigadores médicos, científicos sociales y expertos en gestión de la salud en las principales cuestiones que afectan a la salud materna y neonatal, especialmente en entornos con escasos recursos.

Acerca de [GFMER](#)

La Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica ([GFMER](#)) es una organización sin fines de lucro fundada en el año 2002. Cuenta con el apoyo de la República y Cantón de Ginebra, el Departamento de Asuntos Sociales de la Ciudad de Ginebra y otras instituciones suizas e internacionales. La Fundación trabaja en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). [GFMER](#) es un Centro Colaborador de la Educación y la Investigación en Reproducción Humana.



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

El manejo basado en la evidencia de la Hemorragia Postparto

[OMPFI/GFMER](#) ha desarrollado un curso titulado [The evidence-based management of Postpartum Haemorrhage](#). El profesor José Villar, de la [Universidad de Oxford](#), dirigió el consejo responsable del contenido y estructura del curso, que fue una adaptación de las guías de la OMS y del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos por la Dra. Raqibat Idris, [GFMER](#); la Dra. Marloes Schoonheim y Lynn Gertiser, [GFMER](#), editaron el curso. Fue revisado por un equipo de especialistas en Ginecología y Obstetricia (Dres. Friday Okonofua, Dimitrios Siassakos y Edwin Chandraharan) dirigidos por el Dr. Aris Papageorghiou quien también contribuyó al contenido del curso. El curso fue patrocinado por la [Fundación Bill & Melinda Gates](#) a través de la [Maternal Health Task Force at the Harvard School of Public Health](#).



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

El manejo basado en la evidencia de la Hemorragia Postparto

Contenidos del curso:

- Módulo 1 - ¿Qué es la hemorragia postparto (HPP)?
- Módulo 2 - ¿Cuáles son los riesgos de hemorragia postparto (HPP) y cómo pueden ser minimizados?
- Módulo 3 - ¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto (HPP)?
- Módulo 4 - ¿Cómo se debe manejar una retención placentaria?
- Módulo 5 - ¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto secundaria?
- Módulo 6 - Manejo de los riesgos de la hemorragia postparto (HPP).



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

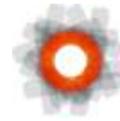
El manejo basado en la evidencia de la Hemorragia Postparto

Este curso de formación se basa en las siguientes guías:

- Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos. Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto. Green-top Guía Nº 52. Londres: RCOG; 2011.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS para el tratamiento de la hemorragia postparto y retención placentaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.



Módulo 1
¿Qué es la hemorragia postparto (HPP)?



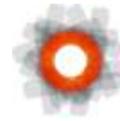
Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

El manejo basado en la evidencia de la Hemorragia Postparto

Módulo 1

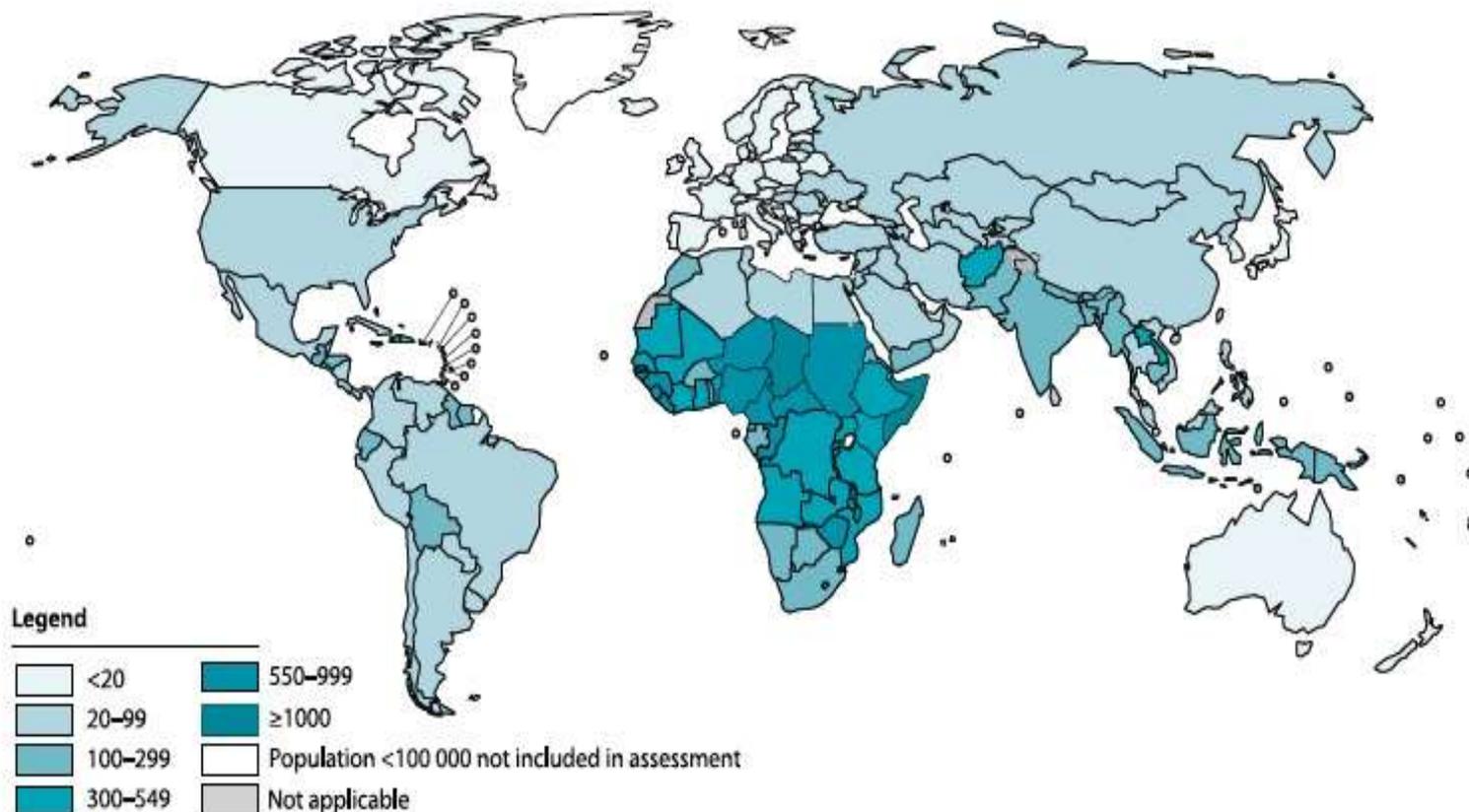
¿Qué es la hemorragia postparto (HPP)?



Al finalizar con éxito este módulo usted debe ser capaz de:

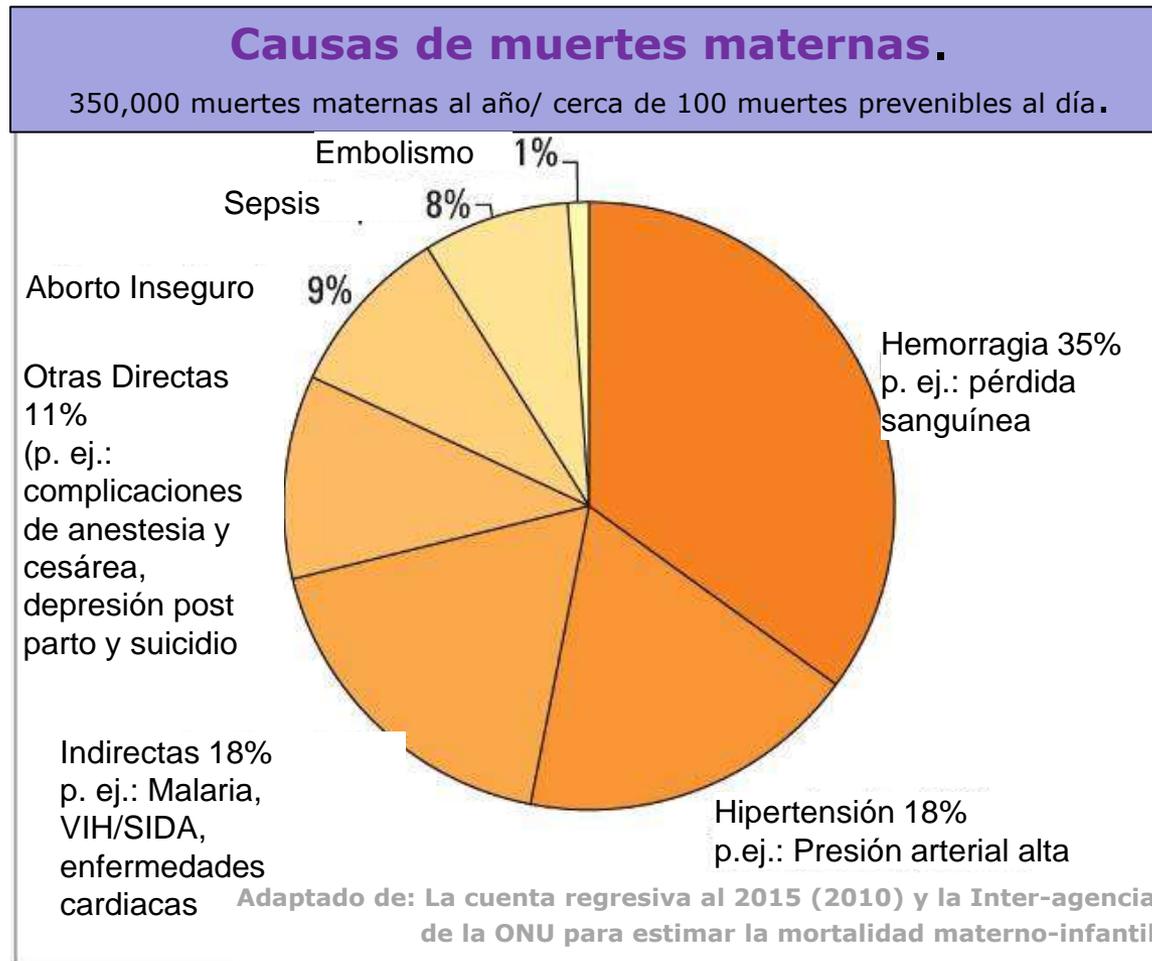
- Identificar los factores de riesgo de HPP.
- Describir cómo se pueden minimizar los riesgos de HPP.
- Describir el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.
- Describir los medicamentos que se pueden utilizar para disminuir el riesgo de HPP.

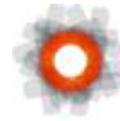
Entre 1990 y 2010, la mortalidad materna en todo el mundo se redujo casi a la mitad (400 a 210 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos). Sin embargo, la mortalidad materna sigue siendo demasiado alta, sobre todo en las regiones en vías de desarrollo. La RMM de 240 en estas regiones fue 15 veces más alta que en las regiones desarrolladas. El mapa muestra los países por categorías en función de su razón de mortalidad materna (RMM, número de muertes por cada 100 000 nacidos vivos) en 2010: como se puede ver, las mujeres en el África Subsahariana experimentan un riesgo de 1 en 39 (1 en 150 para el conjunto de países en vías de desarrollo) de morir por una causa materna en comparación con las regiones desarrolladas, donde la tasa es de 1 en 3800.





En 2010, aproximadamente 280 000 mujeres murieron a causa de complicaciones del embarazo y el parto. Existen alrededor de 800 muertes maternas evitables cada día. 995 de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo y casi todas se podrían haber evitado. Observa la gráfica y averigua cuántas muertes maternas son causadas por hemorragia.





La hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte materna tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo

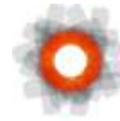
Las siguientes declaraciones acerca de la hemorragia obstétrica son ciertas:

- Existen pruebas de atención deficiente en la mayoría de los casos fatales de hemorragia obstétrica.
- En los países desarrollados la mayoría de las muertes maternas por hemorragia se podrían evitar.
- La hemorragia es la causa principal de morbilidad materna severa en casi todas las auditorías tanto en países desarrollados como en desarrollo.
- La hemorragia obstétrica incluye tanto hemorragia antes del parto y durante el postparto.
- La hemorragia antes del parto se asocia, ocasionalmente, con hemorragia postparto subsecuente.



Conozca las principales características de la hemorragia postparto:

- La HPP es la forma más común de hemorragia obstétrica.
- La HPP representa la mayor parte de los 14 millones de casos de hemorragia obstétrica que se producen cada año.
- La HPP puede ser primaria o secundaria.



¿Sabe usted la diferencia entre la HPP primaria y secundaria?

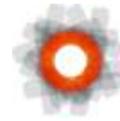
- La HPP primaria es la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto genital dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento de un bebé.
- HPP secundaria es el sangrado anormal o excesivo en el canal de parto entre las 24 horas y 12 semanas posteriores al nacimiento de un bebé.



La HPP Primaria es definida como la pérdida de **500 ml de sangre** o más en el tracto genital en las 24 horas posteriores al nacimiento de un bebé. Es la forma más común de hemorragia obstétrica. Puede ser **menor o mayor**.

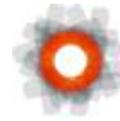
- La HPP menor primaria es la pérdida de entre 500 y 1000 ml en el tracto genital dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento de un bebé.
- En ausencia de un cuadro de shock, esta cantidad de pérdida de sangre debe impulsar
 - Medidas básicas de vigilancia y
 - Preparación para la reanimación (vigilancia estrecha, acceso intravenoso, hemograma completo, grupo sanguíneo y contar con muestra sanguínea para pruebas cruzadas).
- La hemorragia postparto mayor o severa primaria es la pérdida de sangre de 1000 ml o más dentro de las 24 horas después del nacimiento.
- Las pérdidas de sangre menores asociadas con un cuadro de choque, taquicardia, hipotensión, taquipnea, oliguria o retraso en el llenado capilar periférico, también deben ser manejadas como HPP mayor.
- Estos escenarios deben impulsar un protocolo de medidas para reanimación, vigilancia y detención del sangrado.

Los términos HPP mayor y HPP severa son intercambiables.



El impacto mundial de la HPP

- La HPP afecta aproximadamente al 2% de todas las mujeres que dan a luz y se asocia con casi **un cuarto** de todas las muertes maternas a nivel mundial.
- La HPP es la principal causa de mortalidad materna en la mayoría de los países de bajos ingresos.
- La HPP es un importante contribuyente a la morbilidad materna severa y discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras condiciones maternas graves generalmente asociados con la pérdida de sangre más sustancial, incluyendo choque y disfunción orgánica.
- Mediante la prevención y el tratamiento de la HPP, la mayoría de las muertes asociadas a HPP podrían evitarse.



La HPP y las Metas de Desarrollo del Milenio

- Una de las Metas de Desarrollo del Milenio consiste en reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.
- La mortalidad materna sigue teniendo gran impacto en muchos países en vías de desarrollo a pesar de las intervenciones que han sido estudiadas para prevenir la discapacidad o muerte durante el embarazo y el parto.
- En regiones en vías de desarrollo, la tasa de mortalidad materna se redujo un 34% entre 1990 y 2008 (440 a 290 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos). Sin embargo, la Meta de Desarrollo del Milenio todavía está muy lejos de alcanzarse.
- **La prevención y el tratamiento de la HPP son pasos vitales para mejorar la atención de las mujeres durante el trabajo de parto y lograr las Metas de Desarrollo del Milenio.**



Al estimar el porcentaje de pérdida sanguínea se debe tener en cuenta el peso corporal y los niveles de hemoglobina inicial

- El volumen de sangre depende del peso corporal. Volumen de sangre aproximado (en litros) es igual al peso corporal en kilogramos dividido por 12.
- Una hemoglobina baja preparto (menos de 11 g/dl) debe ser revisada y manejada adecuadamente para optimizar la hemoglobina antes del parto. También hay evidencia de que la anemia por deficiencia de hierro puede contribuir a la atonía debido a los bajos niveles de mioglobina uterina, necesarios para la acción muscular.
- Teniendo en cuenta el aumento fisiológico del embarazo, el volumen total de sangre al término es aproximadamente de 100 ml/kg (una mujer promedio de 70 kg tiene un volumen de sangre total de 7000 ml), la pérdida de sangre de más de 40% del volumen total (aproximadamente 2800 ml) es generalmente considerado una amenaza para la vida.



Módulo 1
¿Qué es la hemorragia postparto (HPP)?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Una pérdida hemática de aproximadamente 2800 ml se considera **peligrosa para la vida**. Los protocolos completos de HPP deberán iniciarse con una pérdida hemática estimada **muy por debajo de este nivel** ya que su objetivo es prevenir la evolución de la hemorragia hasta este punto.

Por tanto, el nivel mínimo para **instituir protocolos completos** de HPP es una **pérdida hemática estimada de 1000 ml**.



¿Cómo se puede estimar la pérdida hemática?

- La estimación visual de la cantidad de pérdida hemática puede llevar a una subestimación. Sin embargo tampoco existe suficiente evidencia para recomendar la estimación clínica de la pérdida hemática.
- Las bolsas de recolección para los partos, las compresas o pañales pesados, son más precisos que la estimación visual de la pérdida hemática .
- La participación en simulacros clínicos puede fomentar el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato de la hemorragia postparto.
- Las guías escritas y gráficas pueden ayudar al personal que trabaja en las salas de parto para estimar la pérdida hemática.

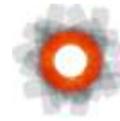


Las causas de HPP están relacionadas con anomalías en **uno o más** de los cuatro procesos básicos conocidos como las cuatro T's:

- **Tono:** anomalías en la contracción uterina:
 - Atonía uterina: es la causa más común de la HPP primaria
 - Inversión uterina
- **Tejido:** productos de la concepción retenidos (placenta, membranas, coágulos)
- **Trauma:** del tracto genital:
 - Laceraciones cervicales/vaginales o hematoma
 - Ruptura del útero
 - Hematoma del ligamento ancho
- **Trombina:** alteraciones de la coagulación: trastornos hemorrágicos maternos



Módulo 1
¿Qué es la hemorragia postparto (HPP)?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Ya ha completado este módulo, ahora debería ser capaz de:

- Conocer el impacto mundial de la HPP.
- Enumerar los subtipos de HPP.
- Diferenciar entre HPP Primaria menor y mayor.
- Describir cómo se puede calcular la pérdida hemática.
- Enumerar las causas de HPP.



Sugerencias bibliograficas

- Mousa HA, Alfirevic Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (1): CD003249.
- Investigación Confidencial de Salud Materno Infantil. Salvando las vidas de las madres 2003-2005: séptimo informe sobre las investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas en el Reino Unido. Londres: CEMACH; 2006.
- Penney G, Brace V. AMAGO auditoría en obstetricia. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 abril; 19 (2): 145-50.
- Jansen AJG, van Rhenen DJ, Steegers EAP, Duvekot JJ. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. Obstet Gynecol Surv. 2005 Oct;60(10):663-71.
- Toledo P, McCarthy RJ, Hewlett BJ, Fitzgerald PC, Wong CA. The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery. Anesth Analg. 2007 Dec;105(6):1736-1740.
- Patel A, Goudar SS, Geller SE, Kodkany BS, Edlavitch SA, Wagh K, Patted SS, Naik VA, Moss N, Derman RJ. Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet. 2006 Jun;93(3):220-4.
- Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG. 2006 Aug;113(8):919-24.



Módulo 2
¿Cuáles son los riesgos para la hemorragia postparto (HPP)
y cómo pueden ser minimizados?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

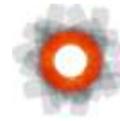
Módulo 2

**¿Cuáles son los riesgos para la hemorragia postparto (HPP)
y cómo pueden ser minimizados?**



Módulo 2

¿Cuáles son los riesgos para la hemorragia postparto (HPP) y cómo pueden ser minimizados?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Al finalizar con éxito este módulo usted debe ser capaz de:

- Identificar los factores de riesgo de hemorragia postparto.
- Describir cómo se pueden minimizar los riesgos HPP.
- Describir el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.
- Describir los medicamentos que se pueden utilizar para reducir el riesgo de hemorragia postparto. Identificar los factores de riesgo de hemorragia postparto.



¿Cuáles son los factores de riesgo de HPP?

- La mayoría de casos de HPP no tienen factores de riesgo identificables.
- Los factores de riesgo pueden presentarse antes del parto o durante el parto. El plan de atención se debe de modificar cuando se presentan los factores de riesgo.
- Los médicos deben ser conscientes de los factores de riesgo de HPP y deben tenerlos en cuenta cuando se asesora a las mujeres acerca del sitio de atención del parto.



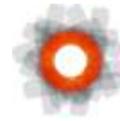
Algunos factores de riesgo presentes antes del parto se asocian con un aumento sustancial en la incidencia de la HPP. Conozca los factores de riesgo y sepa qué hacer cuando se presentan:

Factores de riesgo PPH:

- Desprendimiento de la placenta sospechado o comprobado.
- Placenta previa conocida.
- Placenta con alteraciones de la inserción. (placenta acreta y las formas más graves: increta o percreta).
- Embarazo múltiple.
- Pre-eclampsia/hipertensión gestacional.
- Gran multiparidad.
- Trastornos de la coagulación preexistentes, como la hemofilia.
- Tratamiento con anticoagulantes.

Qué hacer:

Las mujeres con estos factores deben ser enviadas a atención por especialistas.



Algunos factores de riesgo que se presentan **antes del parto** y se asocia con un **aumento significativo (aunque pequeño)** en la incidencia de la HPP. Conozca los factores de riesgo y sepa qué hacer cuando se presentan:

Factores de riesgo PPH:

Antecedente de HPP
Obesidad (IMC > 35)
Anemia (< 9 g/dl)

Qué hacer:

Estos factores deben tenerse en cuenta cuando se habla de la planificación del parto.

La HPP puede agravarse por anemia preexistente y en ese caso la pérdida de un menor volumen sanguíneo puede dar lugar a secuelas clínicas adversas.



Los factores de riesgo que se presentan **durante el trabajo de parto:**

Factores de riesgo HPP

- El parto por cesárea de urgencia
- El parto por cesárea electiva
- La placenta retenida
- La episiotomía
- Parto vaginal instrumentado
- Trabajo de parto prolongado (>12 horas)
- Bebé grande (macrosómico) (>4 kg)
- Fiebre en el trabajo de parto
- Inducción del parto

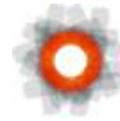
Qué hacer

Estos factores deberían condicionar una vigilancia más estrecha entre el personal clínico.



Módulo 2

¿Cuáles son los riesgos para la hemorragia postparto (HPP) y cómo pueden ser minimizados?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

La mayoría de las muertes a causa de la HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del nacimiento. El manejo adecuado de las mujeres durante el tercer periodo del trabajo de parto evitará la mayoría de estas muertes.

El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto (MATEP) disminuye la pérdida hemática materna y reduce el riesgo de hemorragia postparto (revisiones Cochrane de 2000 y 2011).

Como la mayoría de las mujeres que sufren complicaciones HPP no tienen factores de riesgo clínicos o históricos identificables, se recomienda que cuando el personal capacitado está asistiendo el parto se deberá ofrecer el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto a todas las mujeres.

A diferencia del manejo activo, el manejo expectante implica la espera de signos de separación de la placenta y permite la placenta que se entregarán de forma espontánea, o ayudado por la estimulación del pezón o la gravedad.



Aprenda los tres componentes del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto:

1. Los fármacos oxitócicos

Se ha observado que los fármacos oxitócicos reducen el riesgo de HPP en un 60%. Su uso es la intervención principal en el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.

2. Pinzamiento del cordón

Se recomienda el pinzamiento del cordón tardío durante la atención simultánea del recién nacido (realizado aproximadamente 1 a 3 minutos después del nacimiento) para todos los nacimientos.

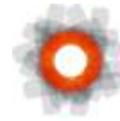
3. Tracción controlada del cordón

La tracción del cordón es el método recomendado para retirar la placenta. El masaje uterino después de la expulsión de la placenta mediante tracción controlada del cordón, frecuentemente se incluye como parte del manejo activo de la tercera etapa del parto.



Módulo 2

¿Cuáles son los riesgos para la hemorragia postparto (HPP) y cómo pueden ser minimizados?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

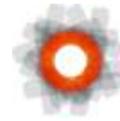
El uso de fármacos oxitócicos es la principal intervención en el MATEP

Los fármacos oxitócicos se deben de administrar de manera rutinaria en el manejo del tercer periodo de trabajo de parto en todas las mujeres.

Para las mujeres sin factores de riesgo de HPP que tienen un parto y para mujeres con cesárea, 10 UI por IM (intramuscular) o intravenosa (IV) la oxitocina es el medicamento de elección para profilaxis en el tercer periodo del trabajo de parto.

¡ATENCIÓN!

En las mujeres con trastornos cardiovasculares, se recomiendan dosis bajas de oxitocina en infusión como una alternativa más segura.



¿Qué uterotónicos inyectables se recomiendan en situaciones en las que la oxitocina no está disponible?

Ergometrina/metilergometrina o sintometrina, combinaciones de fármacos fijos-ergometrina oxitocina, tienen algunos efectos secundarios y contraindicaciones:

- Aumentan la presencia de vómitos.
- Su uso está contraindicado en mujeres con trastornos hipertensivos.
- Su uso debe evitarse en las poblaciones sin evaluación previa para trastornos hipertensivos.

Dosis:

- 0,2 mg IM o IV (lentamente).



¿Qué uterotónicos inyectables se recomiendan en situaciones en las que la oxitocina no está disponible?

Misoprostol oral

El misoprostol no es tan eficaz como la oxitocina para la prevención de la HPP. Además presenta un mayor número de efectos adversos, los cuales se relacionan con la dosis. La dosis es de 600 microgramos por vía oral/día.

En los lugares donde no hay personal calificado y la oxitocina no está disponible, el misoprostol (600 mg VO) debe ser administrado por personal de salud de la comunidad para prevención de la HPP.

No hay pruebas suficientes para recomendar la distribución prenatal de misoprostol a mujeres embarazadas para la auto-administración para la prevención de la HPP.

La administración antes de nacer puede tener consecuencias graves.



Módulo 2

¿Cuáles son los riesgos para la hemorragia postparto (HPP) y cómo pueden ser minimizados?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

¿Qué uterotónicos inyectables se recomiendan en situaciones en las que la oxitocina no está disponible?

Carbetocina

La carbetocina es un derivado de la oxitocina con acción más prolongada.

No se recomienda actualmente su uso rutinario, porque es relativamente caro.

Su uso, aunque se asocia con una reducción del uso de agentes uterotónicos adicionales, no hace ninguna diferencia en la incidencia de la hemorragia obstétrica mayor.



Módulo 2

¿Cuáles son los riesgos para la hemorragia postparto (HPP) y cómo pueden ser minimizados?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

El segundo componente de manejo activo es el pinzamiento del cordón

Se recomienda en todos los nacimientos el pinzamiento tardío del cordón umbilical, aproximadamente 1-3 minutos después del nacimiento, mientras se inicia, simultáneamente, la atención del recién nacido.

El pinzamiento del cordón también se recomienda para las mujeres que viven con VIH o las mujeres en las se ignora su situación con respecto a VIH.

¡IMPORTANTE!

No hay evidencia de que la demora en el pinzamiento del cordón aumenta la posibilidad de transmisión de VIH de la madre al recién nacido.



El tercer componente del manejo activo es la tracción controlada del cordón y el masaje uterino

Primero vamos a examinar la importancia de masaje uterino. El masaje uterino se incluye como parte del manejo activo de la tercer periodo del trabajo de parto.

Se recomienda, en todas las mujeres, la evaluación abdominal del tono uterino postparto para la identificación temprana de la atonía uterina.

La evaluación rutinaria y frecuente del tono uterino, sigue siendo parte crucial de la atención del postparto inmediato, sobre todo para el diagnóstico precoz de la HPP.

¡IMPORTANTE!

No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia postparto en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica ya que puede causar incomodidad materna. Requiere un profesional de la salud dedicado, y puede no llevar a una reducción de la pérdida de sangre.



La tracción controlada del cordón (TCC) es el método recomendado para la extracción de la placenta. Si se utilizan ergotamínicos para la prevención de la HPP, entonces, la TCC es esencial para minimizar la retención de placenta

¡¡IMPORTANTE! La TCC es la primera intervención para tratar la retención de la placenta, por lo tanto, la enseñanza de la TCC en los planes de estudios médicos y de parteras es esencial.

Partos

En los lugares donde hay parteras calificadas disponibles, la TCC se recomienda para una pequeña reducción en la pérdida sanguínea y una pequeña reducción en la duración del tercer periodo del trabajo de parto.

En los lugares donde no hay parteras calificadas disponibles, no se recomienda el TCC.

Los nacimientos por cesárea

Tracción del cordón umbilical es el método recomendado para la extracción de la placenta (en lugar de la extracción manual) en la cesárea.



Recomendaciones adicionales: placenta acreta/percreta

Las mujeres con placenta acreta/percreta tienen un riesgo aumentado de HPP mayor.

La incidencia de la placenta acreta/percreta parece ir en aumento y se ha relacionado con el aumento en las cesáreas, particularmente por cesáreas repetida.

Todas las mujeres que han tenido una cesárea previa deben tener una ecografía, si está disponible, para verificar el sitio de inserción placentario.

La resonancia magnética puede ser una herramienta útil para ayudar a determinar si la placenta es acreta o percreta, cuando se cuenta con ella.



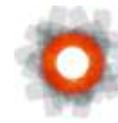
Recomendaciones adicionales: placenta acreta/percreta

Si la placenta acreta o percreta se diagnostica antes del parto, debe haber una planificación multidisciplinaria dirigida para el nacimiento.

Es preferible contar con un médico obstetra y anestesiólogo y contar con sangre que esté disponible de inmediato. Se debe confirmar la presencia de plasma fresco congelado y plaquetas. Se debe contar con terapia intensiva y personal interconsultante de ese servicio en el lugar y momento del nacimiento.

Dejar la placenta en el útero después del nacimiento del bebé mediante una incisión uterina clásica en el fondo uterino puede permitir a un procedimiento con muy poca pérdida de sangre.

La evidencia disponible en la oclusión o embolización profiláctica de las arterias pélvicas en el tratamiento de mujeres con placenta adherida es incierta.



Ha completado el módulo 2, ahora debe ser capaz de:

- Identificar los factores de riesgo de HPP.
- Describir cómo se pueden minimizar los riesgos de HPP.
- Describir el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.
- Describir los fármacos que se pueden utilizar para reducir los riesgos de HPP.

Sugerencias bibliográficas

- Attilakos G, Psaroudakis D, Ash J, Buchanan R, Winter C, Donald F, Hunt LP, Draycott T. Carbetocin versus oxytocin for the prevention of postpartum haemorrhage following caesarean section: the results of a double-blind randomised trial. *BJOG*. 2010 Jul;117(8):929–36.
- Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. *BJOG*. 2008 Sep;115(10):1265–72.
- Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(11):CD007412.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(3):CD000007.



Sugerencias bibliográficas

- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2007.
- McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000201.
- Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD000494.
- Alfirevic Z, Blum J, Walraven G, Weeks A, Winikoff B. Prevention of postpartum hemorrhage with misoprostol. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2S198–201.
- Lax A, Prince MR, Mennitt KW, Schwebach JR, Budorick NE. The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion. Magn Reson Imaging. 2007 Jan;25(1):87–93.
- Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, Resnik R. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. Obstet Gynecol. 2006 Sep;108(3 Pt 1):573–81.



Módulo 3
¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto (HPP)?

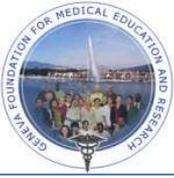


Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

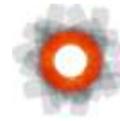
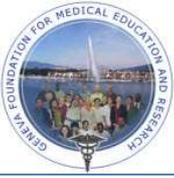
Módulo 3

¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto (HPP)?



Al finalizar con éxito este módulo usted debe ser capaz de:

- Describir las medidas básicas para el manejo de la HPP menor.
- Describir el protocolo completo para el manejo de la HPP mayor.
- Describir la forma de evaluar y monitorizar un caso de hemorragia postparto.
- Describa las estrategias mecánicas para detener el sangrado en la HPP causado por atonía uterina.
- Describir las estrategias farmacológicas para detener el sangrado en la HPP causada por atonía uterina.
- Describir las estrategias quirúrgicas para detener el sangrado en la HPP causada por atonía uterina.
- Describir el manejo de otras causas de hemorragia postparto.



¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto?

Una vez que se ha identificado la HPP, el manejo implica cuatro componentes, los cuales deben llevarse a cabo de forma simultánea:

- Comunicación
- Reanimación
- Monitorización y estudio
- Detener el sangrado



¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto?

El modelo de manejo presentado en este curso se dirige a mujeres atendidas en una **unidad de maternidad por personal médico capacitado**:

- Con acceso a laboratorio.
- Instalaciones del banco de sangre.
- Personal de obstetricia y anestesia especializada fácilmente disponibles.

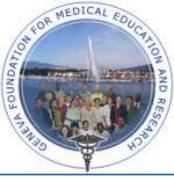
Si se produce una HPP primaria en una mujer con un nacimiento en una **situación diferente** (como en el hogar o en una unidad de maternidad atendida por parteras) el personal disponible debe iniciar los primeros auxilios mientras organiza el **transporte a una unidad de maternidad dirigida por médicos**



¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto?

El siguiente **tratamiento y evaluación inicial** se debe instituir:

1. Llame para pedir ayuda.
2. Evaluar las vías respiratorias, la respiración y la circulación (ABC).
3. Proporcionar oxígeno suplementario.
4. Obtener una vía intravenosa.
5. Iniciar la reposición de líquidos con líquidos cristaloides intravenosos.
6. Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración.
7. Cateterizar la vejiga y controlar la diuresis.
8. Evaluar la necesidad de transfusión de sangre.
9. Realizar exámenes de laboratorio completos: solicitar hemograma, coagulación, grupo sanguíneo y cruce de sangre.
10. Iniciar infusión de oxitocina intravenosa.



La evaluación inicial y tratamiento básico de la hemorragia postparto implican otras acciones:

- Considere el masaje uterino, compresión bimanual del útero, compresión aórtica externa, o taponamiento con globo o condón.
- Esté preparado en todo momento para referir a la paciente a un centro de mayor nivel si no está respondiendo al tratamiento o un tratamiento no se puede administrar en sus instalaciones.
- Traslado con infusión continua de uterotónico intravenosa.
- El personal acompañante debe realizar masaje uterino de manera continua y, si es necesario, aplicar compresión mecánica.



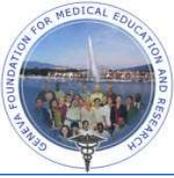
Las medidas básicas para el manejo de la hemorragia postparto menor

Utilice medidas básicas en la HPP primaria de 500-1000 ml en ausencia de un cuadro de choque para facilitar la reanimación en caso de ser necesario. Estas medidas son:

- **Monitoreo cercano**
- **Acceso intravenoso**
- **Hemograma completo**
- **Grupo y cruce**

¡Atención!

La HPP menor puede progresar fácilmente a HPP mayor y esto puede pasar desapercibido.



Cuatro componentes del manejo HPP menor

Comunicación ¿Quién debe ser informado?

- Alertar a la partera a cargo.
- Alertar al personal obstétrico y de anestesia entrenados en el tratamiento de la HPP.
- Avise al banco de sangre.
- Avisar un nivel mayor de atención para la remisión.

Reanimación

- Obtener acceso intravenoso (calibre 14 cánula x 1).
- Comenzar la infusión de cristaloides.

Monitoreo y seguimiento

- Vigilancia estrecha.
- Considere la punción venosa (20 ml) para el grupo y el cruce, hemograma completo y panel de coagulación incluyendo fibrinógeno.
- Registrar el pulso y la presión arterial cada 15 minutos.

Detener el sangrado

- Esto sigue el mismo patrón que el protocolo completo para HPP mayor.



¿Cuándo se debe utilizar el protocolo completo para la gestión de la hemorragia postparto mayor?

El protocolo completo debe emplearse si:

Continúa HPP primaria después de >1000 ml de pérdida hemática.

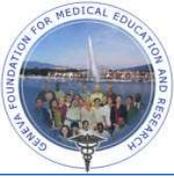
Si existe una pérdida hemática menor asociada a un cuadro de choque:

- Taquicardia
- Hipotensión
- Taquipnea
- Oliguria
- Retraso en el llenado capilar periférica

El protocolo completo para el manejo de HPP mayor incluye medidas para:

- Comunicación
- Reanimación
- Monitoreo y supervisión
- Detención del sangrado

Por favor, consulte el diagrama de flujo del protocolo completo en la [Guía RCOG](#).



Protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor: Comunicación

¿Quién debe ser informado cuando la mujer presenta hemorragia postparto?

La participación temprana del **personal apropiado**, incluyendo un equipo de anestesia y el laboratorio es fundamental para el tratamiento de la HPP.

- Llame a una partera experimentada (además de la partera a cargo).
- Llame a un médico obstetra de grado medio (residente en obstetricia, médico entrenado en atención obstétrica) y alerte a un gineco-obstetra.
- Llame a un médico anestesista de grado medio (residente de anestesia) y alerte a un anestesista.
- Avisar al hematólogo clínico consultor de guardia.
- Avisar al laboratorio de transfusión de sangre.
- Cuente con personal de apoyo para el envío de muestras/sangre.

La comunicación con el **paciente y su acompañante** en el parto es importante y se debe ofrecer información clara de lo que está sucediendo debido a que este es un evento atemorizador.



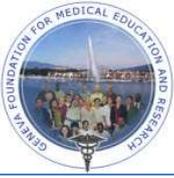
Protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor: Comunicación

Términos que deben utilizarse:

Los médicos y el personal de transfusión de sangre deben discutir entre sí a nivel local para ponerse de acuerdo sobre:

- Una forma estándar de palabras (como "necesitamos sangre compatible ahora" o "sangre de grupo específico") que se utiliza en casos de hemorragia obstétrica.
- Mantener el **orden** de los procedimientos.

El uso del término "hemorragia obstétrica mayor controlada" o "hemorragia obstétrica en curso" puede ser usado para definir la **urgencia** de la necesidad del material.



Protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor: Reanimación

Una evaluación primaria de una mujer chocada o sangrando severamente debería seguir un enfoque estructurado de "ABC" simple, con la reanimación que tiene lugar a medida que se identifican problemas: en un proceso de evaluación y reanimación simultáneas.

La urgencia y las acciones iniciadas para reanimar y detener la hemorragia necesitan de adaptarse al **grado de choque**. El juicio clínico * se debe aplicar en todas las situaciones.

Las piedras angulares de reanimación durante HPP son:

- **Restauración del volumen de sangre.**
- **Restauración de la capacidad de transporte de oxígeno.**

*Los obstetras deben consultar con sus colegas en anestesia, hematología y medicina de transfusión para la determinación de la combinación más adecuada de líquidos por vía intravenosa, sangre y derivados de la sangre para continuar la reanimación.



Protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor: Reanimación

Los principales **objetivos terapéuticos** del manejo de la pérdida masiva de sangre es mantener:

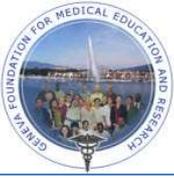
- La hemoglobina >8 g/dl
- El recuento de plaquetas $>75 \times 10^9/L$
- Protrombina $<1,5$ veces el control
- Tiempo de protrombina activado $<1,5$ veces el control
- Fibrinógeno $>1,0$ g/L



Protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor: Reanimación

¿Qué se puede hacer para restaurar el volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno?

1. El protocolo de ABC incluye:
 - a. Evaluar la vía **A**érea; solicitar la asistencia anestésica urgente si comprometida.
 - b. Evaluar Respiración (**B**reathing).
 - c. Evaluar **C**irculación.
- Suministrar oxígeno por máscara a 10-15 litros/minuto, independientemente de la concentración de oxígeno materno.
- Obtener acceso intravenoso (calibre 14 cánula x 2, catéter naranja).
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal.
- Mantener a la paciente caliente usando medidas apropiadas disponibles.
- Mientras que la sangre está disponible, infundir hasta **3,5 litros de líquidos calientes** tan rápidamente como se requiera.

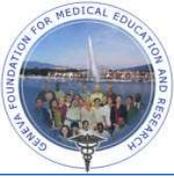


Protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor: Reanimación

¿Qué se puede hacer para restaurar el volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno?

2. Volumen de Sangre

- El reemplazo del volumen debe llevarse a cabo teniendo en cuenta que la **pérdida hemática** es a menudo **subestimada**.
- Sangre compatible (concentrados eritrocitarios) es el mejor líquido para reemplazar la pérdida hemática importante y debe ser transfundida en cuanto esté disponible, cuándo sea necesario.
- El cuadro clínico deberá ser el principal determinante para la transfusión de sangre y no se debe perder tiempo en espera de resultados de laboratorio.



Protocolo completa para el manejo de hemorragia postparto mayor: Reanimación

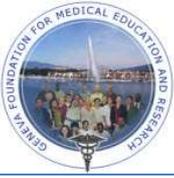
¿Qué se puede hacer para restaurar el volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno?

3. Terapia de fluidos

La terapia de fluidos incluye:

- **Cristaloides:** se recomiendan los cristaloides isotónicos para la reanimación inicial con líquido.
- Infundir hasta 2 litros de solución de Hartmann.
- **Coloide:** infundir hasta 1-2 litros de coloide hasta la sangre esté disponible. Tenga en cuenta que las dosis altas pueden causar efectos adversos.

El volumen máximo de líquidos que debe ser infundido durante la espera de la sangre compatible es de 3,5 litros.



Protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor: Monitoreo inicial y estudios

¿Qué hay que investigar y cómo monitorizar a la paciente?

1. Venopunción (20 ml) para:

- Pruebas cruzadas (4 unidades mínimas)
- Hemograma completo
- Perfil de coagulación incluyendo fibrinógeno
- Función renal y hepática basal

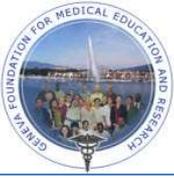
2. Monitoreo de la temperatura cada 15 minutos.

3. Monitoreo continuo del pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria (mediante oxímetro, electrocardiograma y registro de la presión arterial automatizado).

4. Catéter de Foley para monitorizar la producción de orina.

5. Dos catéteres calibre 14 o 16 periféricos.

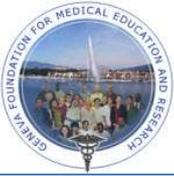
6. Considere la posibilidad de monitoreo arterial (cuando se cuente con personal capacitado para la inserción).



Detención del Sangrado

2. Medidas farmacológicas (uterotónicos) esenciales en el tratamiento de hemorragia postparto son:

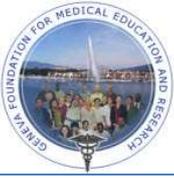
- Syntocinon (oxitocina)- agente de primera línea
- Agentes de segunda línea
- Ergonovina y Sintometrina (combinación fija)
- Carbetocina
- Misoprostol



Detener el sangrado

La causa más común de la HPP primaria es la **atonía uterina**.

Se debe realizar una exploración clínica cuidadosa para asegurarse de que el útero se encuentra en atonía y descartar otras fuentes de sangrado, como laceraciones del tracto genital o inversión uterina.



Detener el sangrado

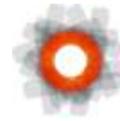
Las siguientes medidas se deben instituir, una por una, **hasta que el sangrado se detenga:**

Las medidas mecánicas y fisiológicas para estimular la contracción uterina son el manejo de primera línea de la HPP para estimular la contracción uterina. Éstas incluyen:

- El masaje uterino (frotar el fondo uterino).
- Compresión bimanual uterina.
- Asegurar que la vejiga está vacía (utilizar una sonda de Foley y dejarla colocada).

La aplicación de estos procedimientos requieren entrenamiento y se ha reportado su asociación con incomodidad materna y complicaciones.

No se recomienda el empaquetamiento uterino, debido a que es potencialmente dañino.



Detención del sangrado

3. Medidas quirúrgicas: Si fallan las medidas quirúrgicas y mecánicas para el control de la hemorragia, se deberán de instituir medidas quirúrgicas:

- Taponamiento con globo.
- Suturas hemostáticas (tales como el uso de procedimientos descritos por B-Lynch o suturas compresivas modificadas).
- Ligadura bilateral de arterias uterinas.
- Ligadura bilateral de arterias iliacas internas (arterias hipogástricas).
- Histerectomía.

Las medidas quirúrgicas conservadoras deben de ser intentadas primero, después suturas compresivas, seguidas por la ligadura vascular de uterina, utero-ovárica e hipogástrica. Posteriormente se deberá de realizar una histerectomía subtotal (supracervical) o total en casos donde la hemorragia amenaza la vida de la paciente.



Detención del sangrado: Atonía uterina

Medidas mecánicas temporales

1. Masaje uterino

Frotar el útero a través de masaje manual del abdomen. Típicamente se mantiene hasta la detención del sangrado o la contracción uterina y se deberá de iniciar **cuando se diagnostica la hemorragia postparto.**

El masaje uterino inicial y la expulsión de coágulos no se clasifican como masaje uterino terapéutico.

2. Compresión uterina bimanual

Una medida temporal hasta contar con los servicios apropiados. El personal del sistema de salud deberá de conocer su técnica. El procedimiento puede ser doloroso: es importante tener comunicación con la mujer y su compañero durante el trabajo de parto.



Detención del Sangrado: Atonía uterina

Medidas Mecánicas temporales

3. Compresión aórtica

La compresión aórtica se recomienda como una medida temporal hasta la llegada del apoyo quirúrgico apropiado.

Es una técnica que potencialmente puede salvar vidas y es una medida efectiva que da tiempo para la reanimación mediante la restauración del volumen.

4. Prenda neumática anti-choque

Usada como una medida temporal hasta que contar con el equipo apropiado. Puede ser útil en lugares donde la mujer con hemorragia obstétrica requiere ser trasladada de una unidad dirigida por parteras a una unidad dirigida por consultores.

Actualmente se están realizando estudios de beneficios y daños potenciales sobre su uso.



Atonia uterina Medidas Farmacológicas: Uterotónicos

Uterotónicos

1. Oxitocina (Syntocinon)

Es el agente de primera línea en el tratamiento de la hemorragia postparto.

Dosis:

- 5 unidades por inyección lenta intravenosa (se puede requerir repetir la dosis).
- En infusión continua IV 40 unidades en 500 L de solución Hartmann a 125 mL/hora a menos de que se requiere restricción de líquidos.
- o
- Infusión IV 20-40 unidades en 1 litro de solución IV a 60 gotas/minuto.
- Infusión continua IV 20 unidades en 1 litro a 40 gotas/minuto hasta detener la hemorragia.

Dosis máxima: No más de 3L de líquidos IV que contengan oxitocina.

Precaución: Los efectos adversos hemodinámicos con inyección de oxitocina incluyen hipotensión profunda, por ende los bolos de inyección IV deberán de ser administrados lentamente.



Atonía Uterina Medidas Farmacológicas: Uterotónicos

2. Ergometrina or Syntometrina (combinación fija ergometrina-oxitocina)

Se recomiendan los derivados de la ergotamina si la oxitocina intravenosa no está disponible, o si el sangrado no responde a la oxitocina.

Dosis:

Ergometrina **0,2** mg o **0,5** mg en inyección **lenta intravenosa** o **intramuscular**.

Continuación:

- Repetir 0,2 mg IM después de 15 minutos.
- Si se requiere, dar 0,2 mg IM or IV lentamente cada 4 horas.

Dosis máxima: 5 dosis (1,0 mg total) o Syntometrina – 1 mL IV lentamente.

Precaución: pre-eclampsia, hipertensión, enfermedad cardíaca.



Atonía Uterina **Medidas Farmacológicas: Uterotónicos**

Prostaglandinas

1. Carboprost (15 methyl Prostaglandin F2)

Se recomiendan las prostaglandinas si la oxitocina intravenoso no está disponible, o el sangrado no responde a la oxitocina.

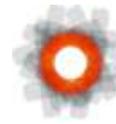
Dosis:

- 0,25 mg mediante una inyección intramuscular repetida en intervalos que no sean menores a 15 minutos.

Dosis máxima: 8 dosis (2 mg en total).

Precauciones/contraindicaciones: Asma.

No se deberá administrar por vía intravenosa puesto que puede ser mortal.



Atonía Uterina

Méridas Farmacológicas: Uterotónicos

Prostaglandinas

2. Misoprostol (prostaglandina E1)

Recomendados si el uso de oxitocina intravenosa no está disponible, o si el sangrado no responde a oxitocina.

Dosis:

- 800 microgramos **sublinguales**—puede causar rash o hiperpirexia (OMS).
- 1000 microgramos **rectales** (RCOG).



Atonía Uterina

Medidas quirúrgicas para detener el sangrado

¿Qué medidas quirúrgicas se deben ocupar para detener el sangrado secundario a atonía uterina?

Si el tratamiento con uterotónicos y otras medidas conservadoras (p. ej. masaje uterino, taponamiento con balón) no detienen el sangrado, se deberán de utilizar las medidas quirúrgicas sin retraso.

Las medidas quirúrgicas conservadoras deberán de ser las primeras en intentarse. Si éstas no sirven se deberán de utilizar otros procedimientos más invasivos.

La selección y la secuencia de medidas quirúrgicas dependen de:

- La experiencia y pericia del personal disponible.
- El juicio de los clínicos expertos tomando en cuenta los deseos de fertilidad futura de cada paciente.



Atonía Uterina

Medidas quirúrgicas para detener el sangrado

¿Qué medidas quirúrgicas se deben utilizar para detener el sangrado secundario a atonía uterina?

Taponamiento con globo

Es recomendable como el manejo de primera línea en hemorragia postparto secundaria a **atonía uterina** en mujeres que no responden al tratamiento con uterotónicos o donde éstos no están disponibles.

Incluye la sonda Foley, Balón de Bakri, sonda esofágica de Sengstaken-Blakemore, condones y otras adaptaciones de bajo costo como los guantes quirúrgicos.

Está descrita una "prueba de taponamiento":

- Una "prueba positiva" (control de hemorragia postparto posterior a inflar el balón) indicando que no se requiere una laparotomía.
- Una "prueba negativa" (hemorragia postparto que continúa posterior a inflar el balón) es una indicación para continuar con una laparotomía.



Atonia Uterina **Medidas quirúrgicas para detener el sangrado**

¿Qué medidas quirúrgicas se deben de emplear para detener el sangrado secundario a atonía uterina?

Taponamiento con globo: continuación

4-6 horas de taponamiento generalmente se consideran como adecuadas para lograr hemostasia en la mayoría de los casos pero esto no está fundamentado en medicina basada en evidencias.

El retiro del globo debe de ser durante el turno diurno, cuando el personal más experimentado está presente, por si se requiere de más intervenciones.

Antes de su retiro completo, el globo se puede desinflar pero dejarse en su lugar para asegurar que el sangrado no vuelva ocurrir.



Atonía uterina **Medidas quirúrgicas para detener el sangrado**

Técnicas efectivas para controlar la hemorragia severa postparto y **reducir la necesidad de histerectomía:**

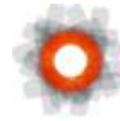
Técnicas de suturas hemostáticas

La versión mejor conocida, fue descrita por B-Lynch en 1997, requiere histerotomía para su inserción por lo que es particularmente apropiada cuando ya se realizó en una cesárea. Una sutura compresiva modificada que no requiere histerotomía fue descrita por Hayman et al. en 2002.

Otros autores, Hwu et al., 2005 y Kfali et al., 2003 han descrito variantes de éstas técnicas. No existen datos comparativos para demostrar que variante es superior a otra.

Se recomienda tener un esquema de las técnicas en el quirófano.

Posibles complicaciones de esta técnica incluyen piometrio y necrosis uterina parcial.



Atonia Uterina

Medidas Quirúrgicas para detener el sangrado

Técnicas efectivas para controlar la hemorragia severa postparto y **reducir la necesidad de histerectomía:**

Ligadura de arterias iliacas internas

La ligadura de arterias iliacas internas se considera una intervención quirúrgica conservadora.

Sin embargo, el taponamiento con globo y las suturas hemostáticas son más fáciles de realizar.

No afecta la fertilidad y los resultados de embarazos posteriores.



Atonia Uterina **Medidas Quirúrgicas para detener el sangrado**

Técnicas efectivas para controlar la hemorragia severa postparto y **reducir la necesidad de histerectomía:**

Oclusión selectiva arterial o embolización mediante radiología intervencionista

Tienen eficacia similar que el taponamiento uterino con globo.

El uso de la embolización de arterias uterinas se recomienda cuando otras medidas han fallado y existen los recursos necesarios.

La radiología intervencionista se puede considerar en casos de placenta previa con acretismo siempre y cuando se puedan colocar balones intra-arteriales por el departamento de radiología antes de entrar a quirófano para la realización de cesárea.

Existe evidencia que sugiere que la embolización para controlar la hemorragia postparto no afecta la menstruación y la fertilidad posteriormente.



Atonia Uterina

Medidas quirúrgicas para detener el sangrado

Cuando las medidas quirúrgicas conservadoras no funcionan, se deberán de realizar procedimientos más invasivos.

Histerectomía

Su uso temprano puede salvar la vida especialmente si el sangrado se asocia a acretismo placentario o ruptura uterina.

NO retardar su uso hasta que la mujer se encuentra sumamente grave o cuando el cirujano tiene poca experiencia en los procedimientos menos definitivos.

Histerectomía subtotal es la cirugía de elección a menos de que exista lesión en el cérvix o en el segmento inferior; en cuyo caso se requerirá una histerectomía total.

La decisión de un procedimiento deberá de realizarse por un clínico experimentado y preferentemente discutida con un segundo clínico experimentado; si se encuentra disponible. El procedimiento deberá realizarse por un cirujano experimentado en la realización de histerectomía.



Detención del sangrado: otras medidas disponibles

¿Existe un papel para el uso de terapia con factor recombinante rFVIIa?

Existe insuficiente evidencia para recomendar el uso de rFVIIa para el tratamiento de hemorragia postparto.

Su uso se debe limitar a mujeres con indicaciones específicas hematológicas y deberá ser basado en los resultados de pruebas de coagulación.

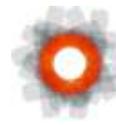
Este medicamento que potencialmente salva vidas se puede realizar como un adyuvante a la terapia farmacológica o quirúrgica; posterior a consultarse con un **hematólogo**.

Dosis:

- 90 microgramos/kg.
- Se puede repetir en ausencia de respuesta clínica en 15-30 minutos.

Precaución: los efectos adversos del rFVIIa incluyen **eventos trombóticos** que ponen en riesgo la vida.

El rFVIIa es caro.



Detención del sangrado: Otras medidas disponibles

El riesgo de fibrinólisis con el uso de FVIIa:

En la mayoría de los casos severos con hemorragia postparto que pueden ser considerados para rFVIIa puede haber **fibrinólisis** (hipofibrinogenemia).

El rFVIIa no sirve si no hay fibrinógeno y su eficacia puede ser subóptima cuando hay trombocitopenia severa (menos $20 \times 10^9/L$).

Dar rFVIIa sólo si el fibrinógeno es $> 1g/L$ y plaquetas $> 20 \times 10^9/L$

Si hay una respuesta clínica subóptima al rFVIIa, verificar y corregir el fibrinógeno y las plaquetas (con crioprecipitados, concentrados de fibrinógeno o transfusión plaquetaria lo que sea apropiado) antes de la segunda dosis de rFVIIa.



Detención del Sangrado: Otras medidas disponibles **¿Existe un uso para medicamentos antifibrinolíticos?**

La evidencia para el uso de inhibidores fibrinolíticos (tales como ácido trexenámico) en el manejo de hemorragia obstétrica es conflictivo.

Las recomendaciones para el uso de ácido tranexámico han sido basadas en evidencia de la literatura de trauma y cirugía, la cual demostro que el ácido tranexámico es una alternativa segura **para el sangrado relacionado al trauma.**

El ácido tranexámico esta recomendado para el tratamiento de hemorragia postparto si:

- El uso de oxitocina y otros uterotonicos fallan en detener el sangrado.
- Si se cree que el sangrado puede ser en parte secundario a trauma.

Dosis:

- 1 gramo intravenoso (tomando 1 minuto para administrarlo).
- Si el sangrado continúa, repetir 1 g después de 30 minutos.



Otras causas de hemorragia postparto

¿Cuáles son otras causas de hemorragia postparto y como se deberían manejar?

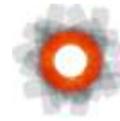
1. La Placenta

Si no se ha logrado el alumbramiento se manejará como una retención placentaria completa: que se examinará en el módulo 4.

Un alumbramiento incompleto se manejará como una retención de fragmentos placentarios con:

- Oxitocina.
- Exploración manual para retirar los fragmentos.
- Aspiración o legrado cuidadoso.

Si el sangrado continúa se manejará como atonía uterina.



Otras causas de hemorragia postparto

¿Cuáles son otras causas de hemorragia postparto y como se deben manejar?

2. Trauma del tracto genital inferior:

Si hay **sangrado excesivo** o **choque** con un útero **contraído**.

Manejo del trauma genital inferior:

- Reparación de desgarros.
- Evacuación y reparación del hematoma.

Si el sangrado continua administrar ácido tranexámico.



Otras causas de hemorragia postparto

¿Cuáles son otras causas de hemorragia postparto y cómo se deben manejar?

3. Ruptura uterina y dehiscencia:

Presencia de **hemorragia excesiva** o **choque**.

Manejo de ruptura uterina o dehiscencia:

- Laparotomía para reparación primaria del útero.
- Histerectomía si la reparación falla.

Si el sangrado continúa administrar ácido tranexámico.



Otras causas de hemorragia postparto

¿Cuales son otras causas de hemorragia postparto y cómo se deben manejar?

4. Inversión uterina:

El fondo uterino no se siente a través del abdomen o se observa en la vagina.

Tratamiento:

- Reemplazo manual inmediato.
- Corrección hidrostática.
- Inversión manual reversa (usar anestesia general o esperar que termine el efecto de cualquiera de los uterotónicos).

Si el tratamiento no es exitoso, se requiere laparotomía para corregir la inversión
Si la corrección por laparotomía no es exitosa, histerectomía.

5. Alteraciones de la coagulación:

Si existe sangrado en la ausencia de atonía uterina y las condiciones mencionadas anteriormente se deberán de manejar las alteraciones en la coagulación con productos hemáticos.



Reanimación posterior: Transfusión sanguínea

El mejor líquido para reanimación debe ser compatible con el grupo sanguíneo.

En caso de hemorragia postparto, se deberá de transfundir **sangre cruzada** tan pronto como sea posible.

Si no hay sangre cruzada disponible, se deberá dar sangre no cruzada del grupo específico o dar sangre O RhD negativo.

NO usar filtros especiales ya retardan la infusión.

Grupo sanguíneo

Si no hay sangre cruzada disponible después la administración 3.5 litros de líquidos, la mejor alternativa será restaurar la capacidad de transporte de oxígeno. La mejor alternativa puede variar dependiendo de la localización y las circunstancias individuales de la paciente.

La sangre **Grupo O RhD negativo** es la opción más segura para evitar una transfusión discordante en una emergencia aguda.

Todas las unidades de atención de parto, en especial aquellas sin un banco de sangre, deberán de mantener un suministro de sangre O RhD negativo.

Las mujeres con **factores de riesgo conocidos para hemorragia postparto** no deberán de ser atendidas en un hospital sin un banco de sangre.



Reanimación posterior: Transfusión sanguínea

Productos Sanguíneos

¿Qué componentes sanguíneos se pueden usar?

Se deberán administrar componentes sanguíneos cuando la **pérdidas sanguínea** alcanza aproximadamente **4,5 litros (80% del volumen sanguíneo)** y un gran volumen de líquidos de reemplazo se han administrado; puesto que habrán alteraciones en los factores de coagulación.

Se deberán de usar las pruebas de coagulación y el apoyo de un hematólogo para guiar la transfusión de factores de coagulación.

Si el sangrado es abundante, se puede administrar empíricamente **hasta un litro de plasma fresco congelado (PFC)** y **10 unidades de crioprecipitados**, mientras se obtienen los resultados de las pruebas de coagulación.



Reanimación posterior: Transfusión sanguínea

Plasma fresco congelado:

Se deberán administrar 4 unidades por cada 6 paquetes globulares o un tiempo de protrombina/tiempo de tromboplastina activado $>1,5$ veces de lo normal (12-15 mL/kg o 1 litro en total).

Concentrados plaquetarios:

Si la cuenta plaquetaria es $<50 \times 10^9$.

Crioprecipitados:

Si el fibrinógeno <1 g/L.



Monitorización y evaluación posterior

Una vez que el sangrado se ha controlado y la reanimación inicial se ha completado se necesita vigilancia estrecha en una unidad de cuidados intensivos o de alta especialidad en tococirugía.

¿Quién debería de monitorizar a la paciente?

Se deberá de monitorizar estrictamente el control de líquidos, el uso de sangre y productos sanguíneos. La cantidad se deberá de establecer por el **médico a cargo** (anestesiólogo u obstetra) ayudado por los resultados de una biometría hemática completa y las pruebas de coagulación; y si es posible guiados por un **hematólogo** y/o interconsultante en medicina transfusional.

¿Qué monitoreo es necesario?

Un monitoreo físico continuo es necesario.

Cuando sea posible, se deberá de monitorizar la presión venosa central y arterial directa cuando el sistema cardiovascular este comprometido por hemorragia u otra enfermedad. Se deberá de documentar el balance de líquidos, sangre, productos sanguíneos y procedimientos.



Monitoreo y evaluación posterior

¿Cómo se deberá documentar?

Los parámetros a documentar serán en un flujograma tales como las hojas de terapia intensiva (un ejemplo es la [Gráfica de hemorragia postparto](#)) y el [sistema de advertencia temprana obstétrica](#) para tener buenos parámetros visuales en el progreso clínico de la paciente y para identificar tempranamente el sangrado continuo, especialmente en casos donde no es aparente.



Manejo anestésico

Existe la necesidad de una valoración anestésica puntual para iniciar o continuar la reanimación con fines de restaurar el volumen intravascular y administrar la anestesia adecuada.

La presencia de inestabilidad cardiovascular es una contraindicación relativa de **anestesia regional**.

Se puede usar anestesia regional si se logra una estabilidad cardiovascular y no hay evidencia de alteraciones en la coagulación. Esto puede ser apropiado especialmente cuando se colocó una vía epidural durante el trabajo de parto. Se prefiere el bloqueo epidural sobre el espinal dado su mejor control de la presión arterial y para cirugías prolongadas. Es más apropiado el uso de anestesia general cuando existe un sangrado continuo y la estabilidad cardiovascular está comprometida.

Recomendaciones para anestesia general:

- **Inducción de secuencia rápida** es el estándar de oro para disminuir el riesgo de broncoaspiración.
- Se deberá de considerar el el uso de agentes de **inducción cardioestable** con vasodilatadores periféricos mínimos.
- Se deberá de tener disponible **adrenalina y atropina**.
- Se deberá de administrar **oxígeno** a altas concentraciones hasta que el sangrado esté bajo control.



**Conclusión: ¿Cómo se deberá de manejar la hemorragia postparto?
Ya has completado éste módulo. Ahora debes ser capaz de:**

- Describir las medidas básicas para el manejo de hemorragia postparto menor.
- Describir el protocolo completo para el manejo de hemorragia postparto mayor.
- Describir como evaluar y monitorizar un caso de hemorragia postparto.
- Describir las estrategias mecánicas para detener el sangrado en hemorragia postparto causada por atonía uterina.
- Describir las estrategias farmacológicas para detener el sangrado postparto causado por atonía uterina.
- Describir las estrategias quirúrgicas para detener el sangrado en hemorragia postparto causada por atonía uterina.
- Describir el manejo de otras causas de hemorragia postparto.



Sugerencias bibliográficas

- World Health Organization. WHO recommendations for postpartum haemorrhage 2012: Evidence base. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Blood Transfusion in Obstetrics. Green-top Guideline No. 47. London: RCOG; 2007.
- Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. *British Journal of Haematology*. 2006;135(5):634-41.
- Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Why Mothers Die 2000-2002. Sixth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2004.
- McClelland D, editor. Handbook of transfusion medicine. 4th ed. London: The Stationery Office; 2007.
- Royal College of Surgeons of England. Code of Practice for the Surgical Management of Jehovah's Witnesses. London: RCSEng; 2002.
- Ho AM-H, Karmakar MK, Dion PW. Are we giving enough coagulation factors during major trauma resuscitation? *AM J Surg*. 2005 Sep;190(3):479-84.
- Jonsson M, Hanson U, Lidell C, Nordén-Lindeberg S. ST depression at caesarean section and its relation to oxytocin dose. A randomised controlled trial. *BJOG*. 2010 Jan;117(1):76-83.
- Hirshberg A, Dugas M, Banez EI, Scott BG, Wall MJ Jr, Mattox KL. Minimizing dilutional coagulopathy in exsanguinating hemorrhage: a computer simulation. *J Trauma*. 2003 Mar;54(3):454-63.



Sugerencias bibliográficas

- Siassakos D, Bristowe K, Draycott TJ, Angouri J, Hambly H, Winter C, Crofts JF, Hunt LP, Fox R. Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study. *BJOG*. 2011 Apr;118(5):596-607.
- Blum, J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, Dao B, Durocher J, Yalvac S, Diop A, Dzuba IG, Ngoc NTN. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet*. 2010 Jan, 16;375(9710):217-23.
- Winikoff B, Dabash R, Durocher J, Darwish E, Nguyen TNN, León W, Raghavan S, Medhat I, Huynh TKC, Barrera G, Blum J. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet*. 2010 Jan 16;375(9710):210-6.
- Hofmeyr GJ, Walraven G, Gülmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG*. 2005 May;112(5):547-53.
- Kayem G, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Specific second-line therapies for postpartum haemorrhage: a national cohort study. *BJOG*. 2011 Jun;118(7):856-64.
- Frenzel D, Condous GS, Papageorghiou AT, McWhinney NA. The use of the 'tamponade test' to stop massive obstetric haemorrhage in placenta accreta. *BJOG*. 2005 May;112(5):676-7.
- Hwu Y-M, Chen C-P, Chen H-S, Su T-H. Parallel vertical compression sutures: a technique to control bleeding from placenta praevia or accreta during caesarean section. *BJOG*. 2005 Oct;112(10):1420-3.



Sugerencias bibliográficas

- Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. The 'tamponade test' in the management of massive postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2003 Apr;101(4):767-72.
- Kafali H, Demir N, Soylemez F, Yurtseven S. Haemostatic cervical suturing technique for management of uncontrollable postpartum haemorrhage originating from the cervical canal. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Sep 10;110(1):35-8.
- Joshi VM, Otiv SR, Majumder R, Nikam YA, Shrivastava M. Internal iliac artery ligation for arresting postpartum haemorrhage. *BJOG.* 2007 Mar;114(3):356-61.
- Nizard J, Barrinque L, Frydman R, Fernandez H. Fertility and pregnancy outcomes following hypogastric artery ligation for sever post-partum haemorrhage. *Hum Reprod.* 2003 Apr;18(4):844-8.
- Descargues G, Mauger Tinlot F, Douvrin F, Clavier E, Lemoine JP, Marpeau L. Menses, fertility and pregnancy after arterial embolization for the control of postpartum haemorrhage. *Hum Reprod.* 2004 Feb;19(2):339-43.
- Doumouchtsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv.* 2007 Aug;62(8):540-7.
- Poujade O, Grossetti A, Mougel L, Ceccaldi PF, Ducarme G, Luton D. Risk of synechiae following uterine compression sutures in the management of major postpartum haemorrhage. *BJOG.* 2011 Mar;118(4):433-9.



Módulo 4
¿Cómo se debe manejar una retención placentaria?

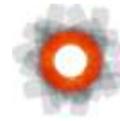


Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Módulo 4

¿Cómo se debe manejar una retención placentaria?



Al terminar exitosamente éste módulo usted podrá:

- Describir como se diagnostica la retención placentaria.
- Describir el manejo de la retención placentaria.



¿Cómo se debe manejar una retención placentaria?

Una retención placentaria deberá ser diagnosticada si la placenta no se expulsa dentro de los **30 minutos** después del nacimiento del bebé.

No hay evidencia a favor o en contra de ésta definición así que el retraso usado para diagnosticar ésta condición se deja a juicio del clínico.

En ausencia de hemorragia, la mujer se debe de observar por otros **30 minutos** más antes de intentar **un retiro manual de placenta**.

La expulsión espontánea de la placenta puede ocurrir aún, por ende se sugiere un **manejo conservador** y el tiempo de la remoción manual de la placenta como tratamiento definitivo se deja a juicio del clínico.



¿Cómo se debe manejar una retención placentaria?

Recomendaciones

El uso de **oxitocina adicional** (10 IU IV/IM) en combinación con **tracción controlada del cordón** está recomendada para la retención placentaria.

*Las recomendaciones para el uso de uterotónicos en el manejo de la retención placentaria en ausencia de sangrado se realizaron por **un consenso** puesto que no existe evidencia empírica.

La **ergometrina** puede causar **contracciones uterinas tetánicas**, las cuales pueden retardar la expulsión de la placenta. Su uso no se recomienda.

La prostaglandina E2 alfa (dinoprostona o sulprostona) no está recomendada. No existe evidencia y hay dudas sobre los eventos adversos, particularmente eventos cardiacos.



¿Cómo se debe manejar una retención placentaria?

La remoción manual de una placenta retenida debe ser acelerada en presencia de hemorragia.

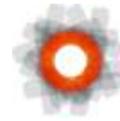
Una **dosis única de antibióticos (ampicilina o la primera generación de cefalosporinas)** está recomendada posterior a la remoción manual de placenta.

- No existe evidencia directa de esto y la recomendación está basada en evidencia indirecta del beneficio de antibióticos profilácticos hechos en estudios de cesáreas, abortos y los estudios observacionales en otras manipulaciones intrauterinas.

Existe evidencia insuficiente para recomendar el uso de la inyección intraumbilical de oxitocina como tratamiento de retención placentaria.



Módulo 4
¿Cómo se debe manejar una retención placentaria?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Ha completado éste módulo. Ahora usted debe ser capaz de:

- Describir como diagnosticar la retención placentaria.
- Describir el manejo de retención placentaria.



Sugerencias bibliográficas

- World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization; 2007.
- Van Beekhuizen, HJ, De Groot ANJA, De Boo T, Burger D, Jansen N, Lotgering FK. Sulprostone reduces the need for the manual removal of the placenta in patients with retained placenta: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2006Feb;194(2):446-50.
- Carroli G, Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD001337.
- ISRCTN13204258-The Release Trial: a randomised trial of umbilical vein oxytocin versus placebo for the treatment of retained placenta.
- Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Prophylactic antibiotics for the manual removal of retained placenta in vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD004904.
- Smail F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD000933.
- Nardin JM, Weeks A, Carroli G. Umbilical vein injection for management of retained placenta. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(5):CD001337.



Módulo 5
¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto secundaria?

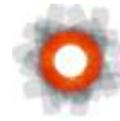


Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

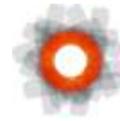
Módulo 5

¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto secundaria?



Al completar exitosamente éste módulo usted podrá:

- Definir hemorragia postparto secundaria.
- Definir los estudios que se deben de realizar en casos de hemorragia postparto.
- Describir como se debe de manejar la hemorragia postparto secundaria.



¿Qué es la hemorragia postparto secundaria?

Definición

Es la hemorragia anormal o excesiva del canal de parto entre las 24 horas y 12 semanas del puerperio.

Está frecuentemente asociada a **endometritis**.



Evaluación posterior

La comunicación, reanimación, monitoreo y evaluación son los mismos que para la hemorragia primaria postparto.

La evaluación adicional incluye:

- Muestras del tracto vaginal superior e inferior.
- Hemocultivos en caso de fiebre.
- Biometría hemática completa.
- Proteína C-reactiva.
- Ultrasonido pélvico que puede ayudar para excluir la retención de productos de la concepción.



¿Cómo se debe manejar la hemorragia postparto secundaria?

La hemorragia postparto secundaria está asociada frecuentemente a infección y el tratamiento convencional incluye antibiótico y uterotónicos.

La elección apropiada de antibióticos es una combinación de **ampicilina** (clindamicina si es alérgica a la penicilina) y **metronidazol**. Agregar **gentamicina** está recomendado en casos de endometritis (útero sensible) o sepsis manifiesta.

Si continúa el sangrado, la inserción de una **sonda con globo** puede ser efectiva.

Se deberán de iniciar **medidas quirúrgicas** si continúa el sangrado o es excesivo independientemente de los hallazgos ultrasonográficos.

Un **obstetra experto** deberá estar involucrado en las decisiones y en el acto de realizar cualquier evacuación de productos de la concepción retenidos ya que existe un alto riesgo para perforación uterina en éstas mujeres.



Usted ya ha completado éste módulo, usted debe ser capaz de:

- Definir hemorragia postparto secundaria.
- Describir los estudios que se deben de realizar en casos de hemorragia postparto secundaria.
- Describir como se maneja la hemorragia postparto secundaria.

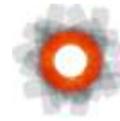
Sugerencias bibliográficas

- Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD002867.
- Sadan O, Golan A, Girtier O, Lurie S, Debby A, Sagiv R, Evron S, Glezerman M. Role of sonography in the diagnosis of retained products of conception. J Ultrasound Med. 2004 Mar;23(3):371-4.
- Edwards A, Ellwood DA. Ultrasonographic evaluation of the postpartum uterus. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000 Dec;16(7):640-3.
- French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD001067.



Módulo 6

Manejo de los riesgos de la hemorragia postparto



Al completar exitosamente éste módulo usted debe ser capaz de:

- Describir las medidas que se deben de tomar para asegurar el manejo óptimo de la hemorragia postparto.
- Describir como evitar un litigio cuando ocurre una hemorragia postparto.
- Describir lo que implica la evaluación posterior a una hemorragia obstétrica.



¿Qué medidas se pueden tomar para asegurar el manejo óptimo de la hemorragia postparto?

- Se recomienda un **entrenamiento** en el manejo de hemorragia postparto para todos los encargados de la atención del parto. La frecuencia óptima de los simulacros es desconocida.
- Debe existir una reunión formal de **seguimiento** posterior a un caso significativo de hemorragia postparto para analizar el caso y discutir lo que se puede mejorar en el futuro.
- Se recomiendan “simulacros de habilidades” anuales que incluyan escenarios como el de colapso materno. Los “simulacros de habilidades” deben asegurarse que todos los miembros del personal, incluyendo aquellos que manejan el banco de sangre están preparados adecuadamente para manejar las emergencias de hemorragia postparto.
- Un **enfoque multidisciplinario** durante el tratamiento asegurando el trabajo en equipo y un manejo puntual y eficiente de la hemorragia postparto.



¿Cómo se puede evitar un litigio cuando ocurre una hemorragia postparto?

Es esencial la **documentación precisa** cuando existe un nacimiento con hemorragia postparto.

La hemorragia postparto se debe de notificar a través del reporte de incidencias clínicas o el sistema de riesgos del lugar.

Se deberá de llenar un formulario estructurado para mantener reportes adecuados. Por ejemplo, las tablas utilizadas en la unidad de cuidados intensivos. (Apendice I pagina 20 de la guía RCOG).

Es importante anotar:

- El personal que acudió y el momento en el que llegó.
- La secuencia de los eventos.
- Los tiempos de administración y la secuencia de administración de diferentes agentes farmacológicos.
- El tiempo de la intervención quirúrgica, cuando es relevante.
- Las condición materna durante los diferentes pasos (incluyendo la documentación de los signos vitales).
- Los tiempos de la administración de líquidos y productos sanguíneos.



¿Cómo evitar un litigio cuando ocurre una hemorragia postparto?

Dar información a los familiares:

Una hemorragia postparto obstétrica mayor puede ser traumática a una **mujer**, a su **familia** y a los que **atienden el parto**.

¿Quién?

Se recomienda dar información a los familiares por un miembro de **jerarquía superior** del equipo involucrado en los eventos, lo más pronto posible.

¿Qué decir?

El reporte debe incluir el manejo del **seguimiento** apropiado y las **evaluaciones** necesarias, tales como el tamizaje para coagulopatías si existen otros indicadores y el tamizaje para complicaciones, por ejemplo panhipopituitarismo (síndrome de Sheehan) secundario a hipotensión.



Recomendaciones para los servicios de salud

Terminemos el curso con algunas recomendaciones para los estándares auditables de hemorragia obstétrica, para sistemas de salud y organización del manejo.

Estándares auditables de Hemorragia Obstétrica

Las siguientes son recomendaciones para los servicios de salud:

- Monitorizar todos los casos de nacimientos con pérdida mayor a 1000 ml.
- Manejo apropiado de las mujeres con hemorragia postparto previa.
- Documentar el manejo, especialmente el tiempo de los eventos en mujeres que tuvieron hemorragia postparto.
- Manejo apropiado del trabajo de parto y el resultado en las mujeres con hemorragia postparto.
- Notificación al equipo manejo de riesgo para mujeres con hemorragia postparto.
- Entrenamiento apropiado al equipo obstétrico (parteras y personal médico).



Recomendaciones para los servicios de salud

Sistemas de salud y organización de la atención

Las siguientes son recomendaciones para los servicios de salud:

- El uso de protocolos formales para la prevención y el manejo de hemorragia postparto. El uso de protocolos formales de referencia a un nivel superior de atención.
- El uso de simulacros para manejo de hemorragia postparto en la atención anteparto y durante la vigilancia del trabajo de parto.
- Monitorización del uso de uterotónicos posteriores al nacimiento como un indicador para la evaluación de programas de prevención de hemorragia postparto.
- Mejoría en la comunicación entre el personal de salud, las mujeres con hemorragia postparto y sus familiares; una prioridad importante en el entrenamiento del personal de salud en el manejo de hemorragia postparto.



Has completado éste módulo, debes ser capaz de:

- Describir que medidas se pueden tomar para asegurar un manejo óptimo de la hemorragia postparto.
- Describir como evitar un litigio cuando ocurre hemorragia postparto.
- Describir que incluye el reporte posterior a una hemorragia postparto.

Sugerencias bibliográficas

- Bristowe K, Siassakos D, Hambly H, Angouri J, Yelland A, Draycott TJ, Fox R. Teamwork for clinical emergencies: interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation. *Qual Health Res.* 2012 Oct;22(10):1383-94.
- Crofts JF, Ellis D, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG.* 2007 Dec;114(12):1534-41.
- Maslovitz S, Barkai G, Lessing JB, Ziv A, Many A. Recurrent obstetric management mistakes identified by simulation. *Obstet Gynecol.* 2007 Jun;109(6):1295-300.
- Dökmetaş HS, Kilicli F, Korkmaz S, Yonem O. Characteristic features of 20 patients with Sheehan's syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2006 May;22(5):279-83.
- Siassakos D, Bristowe K, Hambly H, Angouri J, Crofts JF, Winter C, Hunt LP, Draycott TJ. Team communication with patient actors: findings from a multisite simulation study. *Simul Healthc.* 2011 Jun;6(3):143-9.