

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA
PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE LA
HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA
(HPPP)**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA (HPPP)

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto primaria (HPPP) es la causa principal de mortalidad materna en países de bajos ingresos y la causa principal en casi un cuarto de todas las defunciones maternas en el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPPP ocurren en las primeras 24 horas después del parto. La HPPP podría evitarse con el uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y de un tratamiento oportuno y apropiado.

En la República Dominicana, el 11.2% de las muertes son atribuidas a la hemorragia asociada al embarazo y al parto.

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para la prevención y el manejo oportuno de la hemorragia posparto primaria en pacientes, por parte de los prestadores responsables de la atención al parto, utilizando intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible.

2. EVIDENCIA

Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15 ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Colombia, abril de 2013.

3. **USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Médicos y médicas generales, médicos y médicas especialistas en medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, emergenciológica; bioanalistas, personal de enfermería y paramédico.

4. **POBLACIÓN DIANA**

Mujeres que cursan el periodo de puerperio o que presentan cuadros de hemorragia posparto.

5. **DEFINICIÓN**

La hemorragia posparto es definida como una pérdida de sangre mayor a 500 ml o una cantidad que afecta adversamente la fisiología materna, el gasto cardíaco, la presión sanguínea y el hematocrito.

6. **CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO (MAP)**

- Administrar oxitocina a dosis de 10 UI intramuscular, cuando el cordón umbilical deje de latir (3min), o 5 UI intravenosa administrada lentamente.
- Medicación alterna: misoprostol, 600 mcg sublingual.

Nota: *El MAP puede complementarse con tracción y contra tracción del cordón umbilical y masaje del útero.*

7. DIAGNÓSTICO

7.1 Signos y síntomas

- a. Presencia de útero relajado, desgarro o retención de la placenta.
- b. Hemorragia transvaginal persistente durante el tercer periodo del parto.
- c. Aumento pulso materno.
- d. Taquicardia.
- e. Hipotensión.
- f. Diaforesis.
- g. Alteración del estado de conciencia.

7.2 Análisis de laboratorio

- a. Hemograma que incluya conteo de plaquetas.
- b. Tipificación y cruces sanguíneos.
- c. Tiempo de sangría, coagulación, TP y TPT.

7.3 Diagnóstico clínico según escenario

- 7.3.1 En prehospitalario. Mujer que presenta señales de parto que se acompaña de hemorragia externa o signos de choque hipovolémico. Cuadro caracterizado por útero relajado con o sin desgarro, desorientación, piel fría, palidez, taquicardia e hipotensión.
- 7.3.2 En área de emergencia/urgencia. Mujer que cursa el puerperio inmediato y se presenta con hemorragia externa o signos de choque hipovolémico. Cuadro caracterizado por sangrado persistente, útero relajado con o sin desgarro, desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia e hipotensión.

7.3.3 En sala de parto. Mujer que tras un parto presenta hemorragia externa o signo de choque hipovolémico. Cuadro caracterizado por: útero relajado con o sin retención de placenta (atonía uterina), desgarros de cérvix o vagina con vasos sanguíneos sangrantes, placenta retenida y aumento de hemorragia por manipulación (acretismo placentario), desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia, hipotensión, retención urinaria (oliguria, no retención) o anuria.

7.3.4 En sala de cirugía. Mujer que durante el acto quirúrgico o inmediatamente después presenta hemorragia de ángulos o línea de sutura, hematoma disecante, desgarro que involucra el segmento uterino, útero relajado o infiltrado, desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia, hipotensión, retención urinaria (oliguria) o anuria.

7.3.5 En sala de puerperio. Mujer que tras el parto distócico o eutócico presenta hemorragia externa o signo de choque hipovolémico, cuadro caracterizado por: útero relajado con o sin retención de placenta, desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia, hipotensión, retención urinaria (oliguria) o anuria.

8. MANEJO SEGÚN EL ÁREA DE ATENCIÓN

8.1 Servicios de salud a la parturienta en nivel básico de atención

8.1.1 Hemorragia posparto con signo de choque hipovolémico.

- a. Iniciar procedimiento para referimiento inmediato de la paciente.
- b. Alertar al equipo médico del área de emergencia del establecimiento receptor y organizar el traslado.
- c. Canalizar con catéter No. 18 o 20 dos vías permeables. Iniciar infusión con cristaloides, de preferencia con solución salina a razón de 45 gotas por minuto, o con un mayor ritmo de goteo, según la condición clínica de la mujer.
- d. Si la placenta está en franca expulsión proceder a su extracción. En caso de retención o resistencia, se recomienda no intentar su tracción y trasladar a la mujer con placenta in situ.
- e. Aplicar masaje uterino durante el traslado.
- f. Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en cuatro horas.
- g. Aplicar una inyección de 0.2 mg de Ergometrina por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse con 0.2 mg cada 4-6 horas, con un máximo de cinco ampollas en 24 horas.

Nota: *el medicamento está contraindicado en mujeres con hipertensión o enfermedad cardíaca.*

- h. Utilizar 800 mcg de Misoprostol por vía sublingual, sólo si no se cuenta con Oxitocina o Maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto.
- i. Mantener la comunicación constante con el establecimiento receptor.

8.1.2 Hemorragia profusa que no responde al tratamiento anterior

- a. Canalizar otra vía; aumentar la infusión de cristaloideos, solución salina o lactato de Ringer.
- b. Colocar sonda vesical y realizar la compresión bimanual del útero por cinco minutos.
- c. Añadir 10 unidades de Oxitocina en 500 ml. de solución, a razón de 20 gotas por minuto y administrar oxígeno mediante máscara con reservorio.
- d. Solicitar opinión experta sobre otras acciones al establecimiento receptor.

8.2 Atención de la parturienta en el área de Emergencia/Urgencia

- a. Alertar al equipo médico especializado de guardia.
- b. Activar el código rojo, desarrollar la secuencia establecida o movilizar al personal de Emergencia.
- c. Asegurar la línea de acceso vascular con catéter No. 14 o 16, en dos vías permeables.
- d. Continuar la infusión con cristaloideos, preferiblemente una solución salina, a razón de 45 gotas por minuto o con un mayor ritmo de goteo, según la condición clínica de la paciente.
- e. Colocar sonda vesical.
- f. Si la placenta está en franca expulsión, proceder a extraerla. En caso de retención o resistencia, se recomienda no intentar su tracción y trasladar a la mujer con placenta in situ a la sala de parto.
- g. Administrar 10 uds. de Oxitocina por vía EV lenta, diluida en 10 ml de solución cristaloide, durante un período mínimo de tres minutos y mantener la infusión de Oxitocina.

- h. Trasladar a la paciente a la sala de parto, sin demoras de tipo administrativo.

8.3 Atención de la mujer en la sala de parto

Reconocimiento con nemotecnia 4 “T”: Tono, Trauma, Tejido y Trombina. Para el diagnóstico rápido de hemorragia pos parto primario.

- **T/ Tono:** Atonía, útero relajado y ausencia de desgarro.
- **T/ Trauma.** Desgarro, datos de ruptura uterina.
- **T/ Tejido.** Retención de placenta, alumbramiento retrasado, datos de acretismo.
- **T/ Trombina.** Alteración de la coagulación, pruebas de coagulación alterada.

8.3.1 Manejo de la hemorragia posparto de cualquier etiología en la sala de parto

- a. Activar código rojo del hospital y seguir secuencia o alertar al personal correspondiente.
- b. Comunicar al equipo responsable de la atención (médico general, médico obstetra, médico anestesiólogo, enfermera, bioanalista, gerente clínico).

8.3.2 Resucitación

- a. Iniciar infusión de cristaloides preferiblemente calentados a 39°C, con bolus de 500 ml, si alguno de los parámetros clínicos se encuentra alterado.
- b. Mantener el apoyo circulatorio. Continuar con la administración de soluciones.
- c. Colocar una sonda vesical y registrar la diuresis.
- d. Administrar oxígeno con máscara y reservorio.
- e. Vigilar los signos vitales cada cinco minutos.
- f. Controlar sangrado, interviniendo la causa de base.

8.3.3 Manejo no farmacológico

- a. Masaje transabdominal del cuerpo uterino.
- b. Compresión bimanual del útero.
- c. Colocación de balón intrauterino, si está disponible.
- d. Colocación de sonda vesical.

Nota: *no se recomienda realizar taponamiento uterino con gasa.*

8.3.4 Manejo farmacológico

a. Oxitocina

Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, diluida en 500 ml de solución cristaloide para pasar en cuatro horas. Nivel “B” de evidencia.

b. Ergometrina

Administrar 0.2 mg de Ergometrina por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse con 0.2 mg cada 4-6 horas, con un máximo de cinco ampollas en un lapso de 24 horas. Nivel “B” de evidencia.

Nota: *la ergometrina está contraindicada en mujeres con hipertensión.*

c. Misoprostol

Administrar 800 mg de Misoprostol por vía sublingual, sólo si no se cuenta con Oxitocina o Maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto. Nivel “B” de evidencia.

d. Ácido tranexámico

En dosis de 1 g por vía IV, el ácido tranexámico puede ser utilizado como tratamiento para la hemorragia posparto, si la administración de la

Oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el Misoprostol no han logrado detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificado como causa del sangrado (desgarro del canal del parto). Nivel “D” de evidencia.

8.3.5 Procedimiento quirúrgico

Se recomienda iniciar medidas de hemostasia quirúrgica lo más pronto posible, si el manejo inicial falla. El período de espera no debe superar nunca los 20 minutos. Nivel “C” de evidencia.

- Histerectomía, de acuerdo con la condición clínica particular de cada mujer, las condiciones técnicas del sitio operatorio y su experiencia profesional, el obstetra definirá el tipo de histerectomía a realizar.
- Sutura compresiva. Nivel “C” de evidencia.
 - Sutura de B-Lynch.
 - Ligadura bilateral de arterias uterinas.
 - Ligadura bilateral de arterias ilíacas internas.
 - Embolización arterial selectiva.

8.3.6 Transfusión sanguínea

- a. En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles iniciar con sangre tipo “O negativo” o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.

Nota: En caso de choque hemorrágico grave abruptio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, aplicar el protocolo de código rojo.

- b. Reponer glóbulos rojos plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1; aplicar un concentrado de plaquetas si el conteo es menor de 50,000. Administrar un crioprecipitado si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.

8.3.7 Monitoreo clínico

- a. Registrar cada cinco minutos la respuesta basada en los signos de choque sensorio conservado, llenado capilar < 5 segundos, pulso radial presente y presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg.
- b. Continuar monitoreo hasta lograr la estabilización de los signos vitales.

8.3.8 Retención de la placenta

- a. Extraer la porción retenida de la placenta con técnica de extracción manual de preferencia bajo anestesia general.
- b. Administrar una dosis de antibiótico profiláctico (cefazolina 1gr. por vía endovenosa) antes o después de la revisión (descartar antecedentes de reacción alérgica).
- c. Colocar sonda vesical y medir diuresis.
- d. Aplicar masaje uterino.
- e. Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, diluida en 500 ml de solución cristaloide para pasar en cuatro horas.
- f. Monitoreo clínico del posparto cada media hora durante las primeras 4 horas, luego cada una hora por 24 horas post parto.

8.3.9 Desgarros

- a. Identificar el lugar y tipo de desgarro implicado.
- b. Reparar desgarro con material sintético de absorción estándar.
- c. Mantener apoyo circulatorio y monitoreo de signos vitales.
- d. Administrar una dosis de antibiótico profiláctico (cefazolina 1gr. por vía IV) antes o después de la revisión (descartar antecedentes de reacción alérgica).
- e. Colocar sonda vesical y medir diuresis.
- f. Administrar ácido tranexámico, en dosis de 1 gr por vía IV.
- g. Realizar monitoreo clínico del posparto cada media hora durante las primeras 4 horas, luego cada una hora por 24 horas post parto.

8.4 Atención de la mujer con hemorragia posparto en la sala de puerperio

- a. Activar código rojo o alertar al personal del área.
- b. Asegurar al recién nacido con un familiar o con el servicio de neonatología.
- c. Identificar y tratar causa del sangrado.
- d. Trasladar a la paciente al área de procedimientos y continuar con la atención de acuerdo con la causa de sangrado.
- e. Mantener apoyo circulatorio y monitoreo de signos vitales.
- f. Colocar sonda vesical y medir diuresis.
- g. Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, diluida en 500 ml de solución cristaloide, para pasar en cuatro horas.

- h. Descartar un trastorno de la coagulación mediante la realización de pruebas sanguíneas.
- i. Realizar monitoreo clínico del posparto cada media hora durante las primeras 4 horas, luego cada una hora por 24 horas post parto.

8.4.1 Atención poscesárea de la mujer

- a. Activar el código rojo o alertar al personal del área.
- b. Trasladar a la mujer a la sala de procedimientos.
- c. Integrar al servicio de anestesiología, identificar y registrar las condiciones clínicas de la paciente.
- d. Ante sospecha razonable de hemoperitoneo se debe proceder a realizar laparatomía
- e. Manejar la hemorragia perioperatoria según la causa específica.

8.4.2 Hemorragia transoperatoria:

- a. Activar código rojo
- b. Solicitar apoyo al personal de mayor experiencia quirúrgica.
- c. Explorar ambos ángulos de la histerotomía. En caso de borde sangrante, aplicar el control hemostático.
- d. Explorar el segmento uterino e identifique y controle los desgarros.
- e. Explorar e identificar el hematoma disecante y yugular el vaso sangrante.
- f. Valorar la necesidad de transfusión de acuerdo a la condición hemodinámica de la paciente.

8.5 Atención de la mujer con hemorragia posparto tardía:

- a. Activar código rojo o alertar al personal del área.
- b. Solicitar apoyo al personal con mayor experiencia en el servicio.
- c. Trasladar a la mujer a la sala de procedimientos.
- d. Administrar un antibiótico terapéutico: 2.0 g de ampicilina por vía EV de inicio; luego 1.0 g EV cada seis horas o 600 mg de clindamicina por vía EV, cada ocho horas.
- e. Revisar la cavidad uterina y adoptar las medidas de asepsia y antisepsia.
- f. Indicar pruebas de laboratorio: hemograma, orina y glicemia; además, tipificación, cruce sanguíneo y cultivos.
- g. Valorar la necesidad de transfusión.
- h. Valorar la necesidad de cirugía.

8.6 Atención de la mujer en la sala de UCI

- a. Aplicar protocolo de UCI.
- b. Manejo avanzado del choque hipovolémico.

9. CRITERIOS DE EGRESO

- a. Mujer con niveles de hemoglobina superior a 9 g o 27 % de hematocrito.
- b. Mujer afebril, con foco de infección descartado.
- c. Ausencia de reacción hemolítica o alergia a sangre o hemoderivados.
- d. Control total de la causa de hemorragia.
- e. Estabilidad de los signos vitales y de la función cardíaca.

Nota: Es indispensable no proceder al egreso antes de las 72 horas de ingreso.

10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Un miembro del equipo médico deberá ofrecer las siguientes informaciones a los acompañantes y familiares de la paciente:

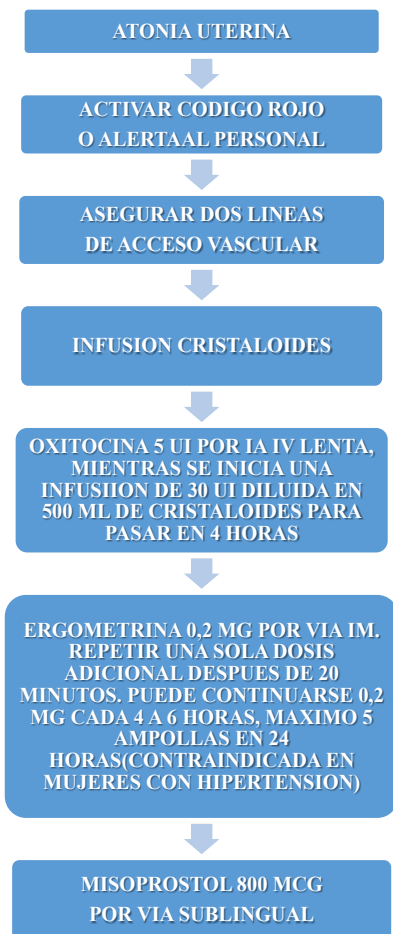
10.1 Durante el proceso de manejo

- a. Gravedad de la situación e implicaciones médico-quirúrgicas.
- b. Detalles de los procedimientos necesarios (entre ellos cirugía y transfusiones sanguíneas).
- c. Pronóstico materno y fetal.

10.2 Durante el egreso

- a. Terapias de recuperación.
- b. Respuestas a todas las inquietudes expresadas por familiares y relacionados.

11. ALGORITMO DE MANEJO DE LA ATONÍA UTERINO

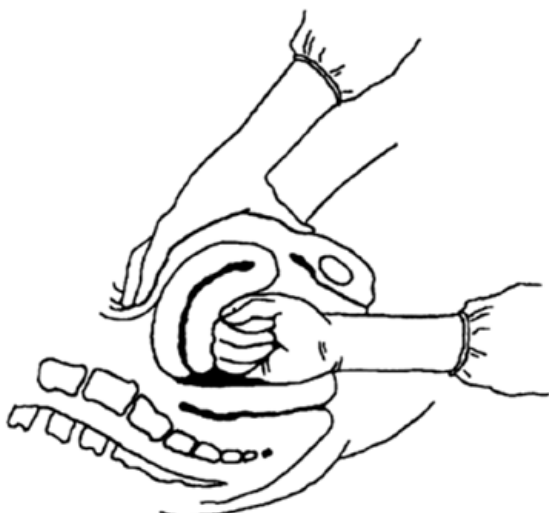


12. BIBLIOGRAFÍA

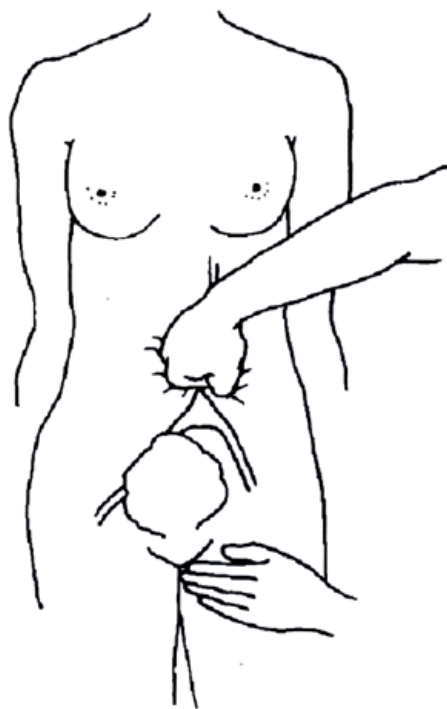
1. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Organización Mundial de la Salud, 2014.
2. Guías de atención a las principales urgencias obstétricas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Primera Edición, 2008.
3. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15 ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Co-lombia , Abril de 2013
4. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub3/abstract>
5. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO; 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf

ANEXOS

COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO



COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL Y PALPACIÓN DEL PULSO FEMORAL



Taponar el útero es ineficaz y ocasiona
el desperdicio de un tiempo precioso.