

POLÍTICA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

DEFINICIÓN: Pérdida de sangre de 500 ml. O más en el término de 24 horas después del parto o en cesárea o la caída del hematocrito mayor a 10, o la presencia de datos clínicos de inestabilidad hemodinámica o 10% o más de la pérdida de volumen sanguíneo. La hemorragia grave se define como la pérdida del 25% de volumen sanguíneo, pérdida de 10 puntos porcentuales del hematocrito, pérdida de 150 ml. Por minuto (MEDICIÓN DE CÁLCULO DE PESO)

Las medidas preventivas durante el control prenatal son:

- Identificar y corregir la anemia durante el embarazo, la paciente debe de tener valores de hemoglobina > 12 gr/dl.
- Realizar diagnóstico oportuno de diabetes gestacional y pregestacional.
- Diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias y vaginales.
- Paciente con cirugía uterina previa, realizar un ultrasonido obstétrico entre la semana 24 a 28 para valorar el sitio de inserción placentaria y registrarlo en el carnet perinatal.

Las medidas para prevenir la hemorragia postparto durante la atención del parto, son:

- ⇒ Identificar factor de riesgo al ingreso de la paciente.
- ⇒ No administrar Oxitocina para la conducción de trabajo de parto de forma rutinaria, en caso de administrar, se deberá de justificar su uso en el expediente clínico de acuerdo a la NOM-007-SSA2-2016.
- ⇒ La episiotomía se deberá de realizar de forma selectiva y estar justificada en el expediente clínico.
- ⇒ La revisión de cavidad manual o instrumentada no debe realizarse de forma rutinaria. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, con técnica de antisepsia y analgesia.

A toda paciente se le debe de realizar manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.

- ❖ Administrar Oxitocina 10 UI IM o 5 UI IV diluidas a la salida del hombro anterior.
- ❖ En pacientes con riesgo alto de presentar hemorragia por atonía uterina, administrar carbocina (placenta previa, DPPNI, macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple, uso de sulfato de magnesio, amnioitis, cesárea iterativa, miomatosis de medianos a grandes elementos).
- ❖ Pinzamiento tardío de cordón umbilical (entre 1 y 3 minutos, en cuanto deje de latir el cordón umbilical), a menos que la persona recién nacida requiera reanimación inmediata.
- ❖ Realizar tracción controlada del cordón umbilical (maniobra de Brandt-Andrews), para evitar la inversión uterina.





- ❖ Se debe realizar tracción controlada del cordón umbilical en la cesárea y no extracción manual.
- ❖ Evaluación abdominal del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina.
- ❖ Realizar maniobra de compresión bimanual de forma inmediata al detectar atonía uterina, ya sea parto o cesárea.
- ❖ Los médicos adscritos son los responsables de supervisar y firmar las notas correspondientes.

Durante el puerperio inmediato se debe de realizar vigilancia estrecha de la paciente, siendo cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos durante las dos horas siguientes.

- ◆ En caso de realizar episiotomía, revisar la episiorrafia dentro de la primera hora y registrar la valoración en el expediente clínico.
- ◆ En la primera hora del puerperio, revisar cada 15 minutos a la paciente, vigilando y registrando estado de conciencia y signos vitales: FC, FR, TA, Temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, tono y altura del útero, micción.
- ◆ Implementar el Índice de choque (FC/TAS), como parte de los datos a vigilar durante el puerperio.
- ◆ Después revisar cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas hasta el egreso.

Toda paciente que presente hemorragia en parto o en cesárea con datos clínicos de inestabilidad hemodinámica se deberá activar código máter (Lo activa el personal que detecta la emergencia y en el sitio donde se encuentre) para ser evaluada de forma oportuna por el equipo de respuesta inmediata en obstetricia.

CUANTIFICACIÓN DE SANGRADO

Se evaluará lo siguiente:

- ◇ **Pérdida Estimada de Sangrado (PESA):** Cantidad de sangrado que se presentó durante la atención obstétrica (cuantificación visual, peso de textiles o bolsa colectora) registrar la pérdida estimada de sangre.
- ◇ **Pérdida Acumulada de Sangrado (PASA):** Sangrado acumulado que se presenta durante su atención, registrar la pérdida estimada de sangre en cada valoración clínica de la paciente.





Las causas de hemorragia obstétrica se engloban en la nemotecnia de las 4 Ts, Tono (70%), Trauma (20%), Tejido (9%), Trombina (<1%).

El manejo inicial de la hemorragia es:

- o Ayuno
- o Monitoreo continuo de manera manual o electrónica
- o Maniobra bimanual compresiva
- o Aplicar nemotecnia 10/14/14/16:
 - 10: aplicar oxígeno suplementario con mascarilla o con bolsa reservorio para mantener una saturación por oximetría de pulso entre 95 a 98%.
 - 14: Colocar catéter corto y grueso periférico 14-16 fr.
 - 14: Colocar catéter corto y grueso periférico 14-16 fr.
 - 16: Colocar sonda Foley a derivación 16 fr., cuantificación de uresis horario.
- o **Vía 1:** Toma de laboratorios, tubo seco sin anticoagulante pegado en la pared y valorar la formación de coágulo a los 5-7 minutos, tipar y cruzar. Ministran solución Hartmann 500 cc para carga a temperatura corporal, posterior se continuará una reposición hídrica de acuerdo a la pérdida sanguínea estimada y los datos hemodinámicos de la paciente a una razón de 30 ml/kg de peso o dosis respuesta con soluciones.
- o **Vía 2:** Ministran solución Hartmann 500 cc a temperatura corporal que incluye la dosis mencionada en la primera vía. Ministran medicamentos de acuerdo a la etiología.
- o tomar **gasometría arterial** al identificar la hemorragia.
- o **Líquidos.** Entibiar los líquidos de resucitación a 37°C, mantener a la paciente a temperatura adecuada y en ambiente tibio (se puede usar mantas térmicas o calentadores). No se recomienda ministran soluciones coloides para la reanimación de la HPP, sin embargo, en caso de ser necesario administran gelatina 4% máximo 1000 CC.
- o **Hemocomponentes.** El equipo de respuesta inmediata, valorará la transfusión a razón de un concentrado eritrocitario y un plasma en las siguientes condiciones:
 - **Choque grado III**
 - Pérdidas sanguíneas mayores a 1500 ml.
 - Alteraciones hemodinámicas: taquicardia >90x' + taquipnea + hipotensión
 - IC > 1.2
 - Hg < 8 gr o hematocrito <27
 - Presencia de acidosis metabólica (Gasometría arterial)



HEMORRAGIA SECUNDARIA A TRAUMA (LACERACIONES DE CANAL DE PARTO)

La hemorragia postparto por etiología de trauma, se presenta hasta en un 20% de los casos. Al identificar un trauma se iniciará con el manejo inicial de la hemorragia postparto. Se realizará exploración armada vaginal, bajo procedimiento anestésico, verificando la integridad uterina, cervical y canal vaginal. Se realiza la reparación de los desgarros y laceraciones por personal capacitado.

En presencia de inversión uterina, se inicia el manejo suspendiendo el uso de Oxitocina hasta lograr la reposición de útero. Proceder a la reposición manual (con placenta in situ), por personal capacitado, y al momento de lograr la restitución del útero, proceder a realizar una compresión bimanual hasta que el útero este contraído. El procedimiento anestésico debe ser general, para ayudar a la reposición del útero. En caso de no lograr la reposición del útero deberá pasar a procedimiento quirúrgico, limitando en todo momento la pérdida sanguínea mediante compresión directa.

HEMORRAGIA SECUNDARIA A TEJIDO

Si no se logra la expulsión de la placenta a los 30 minutos y la paciente no presenta sangrado activo, se solicitará procedimiento anestésico para la extracción manual. Si se sospecha de retención placentaria por acretismo, se procederá a la **activación del código máter** y se realizara histerectomía obstétrica.

HEMORRAGIA SECUNDARIA A TROMBINA

La alteración de la trombina es causa de hemorragia postparto en < 1% de los casos. Se debe de sospechar sangrado por alteración de la trombina en caso de presentar alguna de las siguientes condiciones: Ausencia de formación de coágulo en el tubo seco a los 10 minutos, falta de respuesta al tratamiento convencional, sangrado en sitios de punción, prueba de laboratorio alteradas (plaquetas <75000, TP o TPT al doble).

Paciente con diagnóstico de alteración de la trombina después de un manejo adecuado y requiera de un procedimiento quirúrgico debe ser revalorada por el ERIO.



METAS TERAPÉUTICAS.

- Hemoglobina > 8 g/dl.
- Recuento plaquetario > 75000
- TP < 1.5 veces el control
- Fibrinógeno > 2 g /l o > 200 mg/dl
- Saturación > 94%
- Corrección de la acidosis metabólica (ácido láctico y exceso de base). pH > 7.3. Lactato < 2.0. Déficit HCO₃ +/- 2 mEq/l.
- TAM > 65 mmHg.
- Normalización gradual de TA.
- Diuresis horaria > 0.5 ml/kg/hr.

HEMORRAGIA POR ATONÍA UTERINA

La primera causa de hemorragia postparto, es la atonía uterina hasta en un 80% de los casos. Además del manejo inicial, se deberá de realizar el siguiente protocolo:

- ✓ Realizar maniobra bimanual y simultáneamente masaje en el fondo uterino, hasta conseguir respuesta con los uterotónicos.
- ✓ En la segunda vía se ministra los uterotónicos, en el siguiente orden:
 - Primera línea: administrar 20 UI Oxitocina diluidas en solución Hartmann 500 cc para carga, revalorar el tono a los 3 minutos. Si hay tono, continuar con 20 UI Oxitocina en solución Hartmann 500 cc, pasar 250 cc por hora. En caso de no presentar tono a los 3 minutos, pasar a la segunda línea de medicamento.
 - Segunda línea: administrar ergonovina 0.2 mg IV o IM y revalorar el tono a los 5 minutos. Las contraindicaciones para el uso de ergonovina son la hipertensión o cardiopatía.
 - Tercera línea: Usar misoprostol 600 UG vía sublingual y revalorar el tono a los 7 minutos.
- ✓ Técnicas no quirúrgicas. En el momento que se cuente con material disponible, se deberá de proceder a realizar pinzamiento de las arterias uterinas por vía vaginal (técnica del Doctor Zea) y valorar colocación de Balón de Bakri.
- ✓ Técnicas quirúrgicas. Ante la falta de respuesta al uso de uterotónicos y el pinzamiento de arterias uterina, se debe proceder a técnicas quirúrgicas, estas son:
 - Ligadura de arterias uterinas (Técnica Orelly, Técnica Posadas)
 - Triple ligadura de Tsurulnikov
 - Sutura compresiva de Hayman, Sutura B-Lynch)
- ✓ Si persiste el sangrado a pesar de las técnicas quirúrgicas, se deberá realizar histerectomía obstétrica. En caso de acretismo la técnica es histerectomía obstétrica total.

