

HEMORRAGIA PUERPERAL

1. NOMBRE Y CODIGO

Hemorragia puerperal inmediata O72.1

Hemorragia puerperal tardía O72.2

2. DEFINICIÓN

Pérdida sanguínea mayor a 500 cc durante las primeras 24 horas después del parto. Diferencia del hematocrito en más del 10% en comparación del ingreso.

Hemorragia puerperal inmediata: se presenta en las primeras 24 horas

Hemorragia puerperal tardía: después de las 24 horas post-parto.

3. ETIOLOGIA y FRECUENCIA.-

Se presenta en el 10% de partos, es la primera causa de muerte materna en el Perú.

Hemorragia puerperal inmediata O72.1

- Atonía uterina
- Retención placentaria o de restos placentarios
- Laceración del canal del parto
- Inversión uterina
- Coagulopatías
- Ruptura uterina

Hemorragia puerperal tardía O72.2

- Retención de restos placentarios
- Endometriosis
- Subinvolución uterina

4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.-

Clínica	Atonía uterina	Retención Placenta o de restos	Laceración de Canal del parto	Inversión Uterina
Antecedentes	Multiparidad Edad > de 35 años	Cesárea Legrado Uterino	Cirugía vaginal Prevía	Inversión uterina Prevía
Característica Especiales	Sobredistensión uterina Parto prolongado Parto precipitado Miomatosis uterina DPP	Miomatosis uterina Adherencia anormal de la placenta Lóbulo placentario aberrante	Feto macrosómico Parto precipitado Parto instrumentado Extracción podálica Periné corto, fibroso	Placenta Adherente (acretismo)
Intervención del Proveedor De servicios	Mal uso de oxitócicos, sedantes, Sulfato de magnesio, Relajantes musculares	Mala conducción del parto Mal manejo del alumbramiento Mala técnica de extracción manual de placenta	Mala conducción del expulsivo Mala técnica en episiorrafia o sutura de desgarros Parto presipitado	Mal manejo del alumbramiento Mala técnica de extracción manual de placenta

5. DIAGNOSTICO:

Atonía uterina

- Sangrado vaginal abundante
- Útero sub involucionado
- Útero no se contrae con la administración de oxitócicos

Retención placentaria

- Placenta adherida por más de 30 minutos después del parto
- Adherida por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.

Retención de restos placentarios

- Subinvolución uterina
- Sangrado vaginal
- Placenta incompleta

Laceración de canal del parto

- Sangrado rojo rutilante con útero contraído
- Evidencia de laceraciones o desgarró en mucosa vaginal o cerviz.

Inversión uterina

- Útero no palpable a nivel del abdomen pero si a nivel vaginal.
- Dolor hipogástrico agudo

Ruptura uterina

- Sangrado con útero contraído
- No evidencia de laceraciones del canal del parto

6. SIGNO DE ALARMA

Sangrado vaginal abundante

Taquicardia materna

Hipotensión arterial

Taquipnea

Shock hipovolémico

Test de winner positivo (no coagula la sangre)

7. COMPLICACIONES

Anemia aguda

Shock hipovolémico

CID

Insuficiencia renal

Panhipopituitarismo

Muerte materna

8. CONDUCTA Y TRATAMIENTO – PRIMER NIVEL

- Reconocer signos de alarma y factores asociados
- Colocar vía segura con oxitocina 20 UI a 40 gts/min
- Si el sangrado es abundante colocar otra vía segura con CINA a 9‰, pasar a chorro
- Masaje uterino o compresión bimanual externa, previa evacuación de vejiga con sonda Foley.
- Referencia oportuna
- Monitoreo estricto de funciones vitales y de los signos de alarma.
- Extracción manual de placenta o evacuación de coágulos del útero con personal profesional capacitado y cuando existan condiciones en el establecimiento.

9. CONDUCTA Y TRATAMIENTO – SEGUNDO NIVEL

- Lo mismo que en el primer nivel.
- Si el paciente continua hemodinámicamente inestable aplicar guía de Shock Hipovolémico.
- Tratamiento de la causa.

Atonía uterina

- Methergin 1 ampolla (0,2 mg) IM, con PA en valores normales, se puede repetir a los 15 minutos.
- Escobillonaje de cavidad uterina
- Masaje uterino o compresión bimanual externa, previa evacuación de vejiga con sonda Foley.

Retención placentaria y de restos placentarios:

- Ver guía de legado puerperal

Laceración de canal de parto

- Revisión de canal vaginal con vlvas Doyen
- Suturar con catgut 2/0 los desgarros de I y II grado
- Los desgarros de II y IV grado taponamiento, referencia y antibioticoterapia con ampicilina y gentamicina.

Inversión uterina: referencia oportuna

Sospecha de coagulopatía: referencia oportuna

Ruptura uterina: referencia oportuna

10. CONDUCTA Y TRATAMIENTO – TERCER NIVEL

Lo mismo que el segundo nivel

Tratamiento según la causa

Atonía uterina

- Revisión de cavidad uterina con legra puerperal
- Masaje uterino o compresión bimanual externa, previa evacuación de vejiga con sonda Foley.
- Methergin 1 ampolla (0,2 mg) IM, con PA en valores normales, se puede repetir a los 15 minutos.
- Misoprostol 4-5 tabletas de 200 mcg fraccionadas via rectal
- Si no cede pasar SOP

Retención placentaria y de restos placentarios:

- Ver guía de legrado puerperal
- Si condiciones lo permiten pasar a SOP

Laceración de canal de parto

- Revisión de canal vaginal con vlvas Doyen
- Suturar con catgut 2/0 los desgarros de I y II grado
- Los desgarros de II y IV grado taponamiento, referencia y antibioticoterapia con ampicilina y gentamicina.

Inversión uterina:

- Pasar a SOP con anestesia general
- Si la placenta aún no se ha desprendido, separarla.
- Reposición manual del útero
- De no conseguirlo, pasar a histerectomía total abdominal
- Hipofibrinogenemia: transfundir sangre fresca total.

Sospecha de coagulopatía:

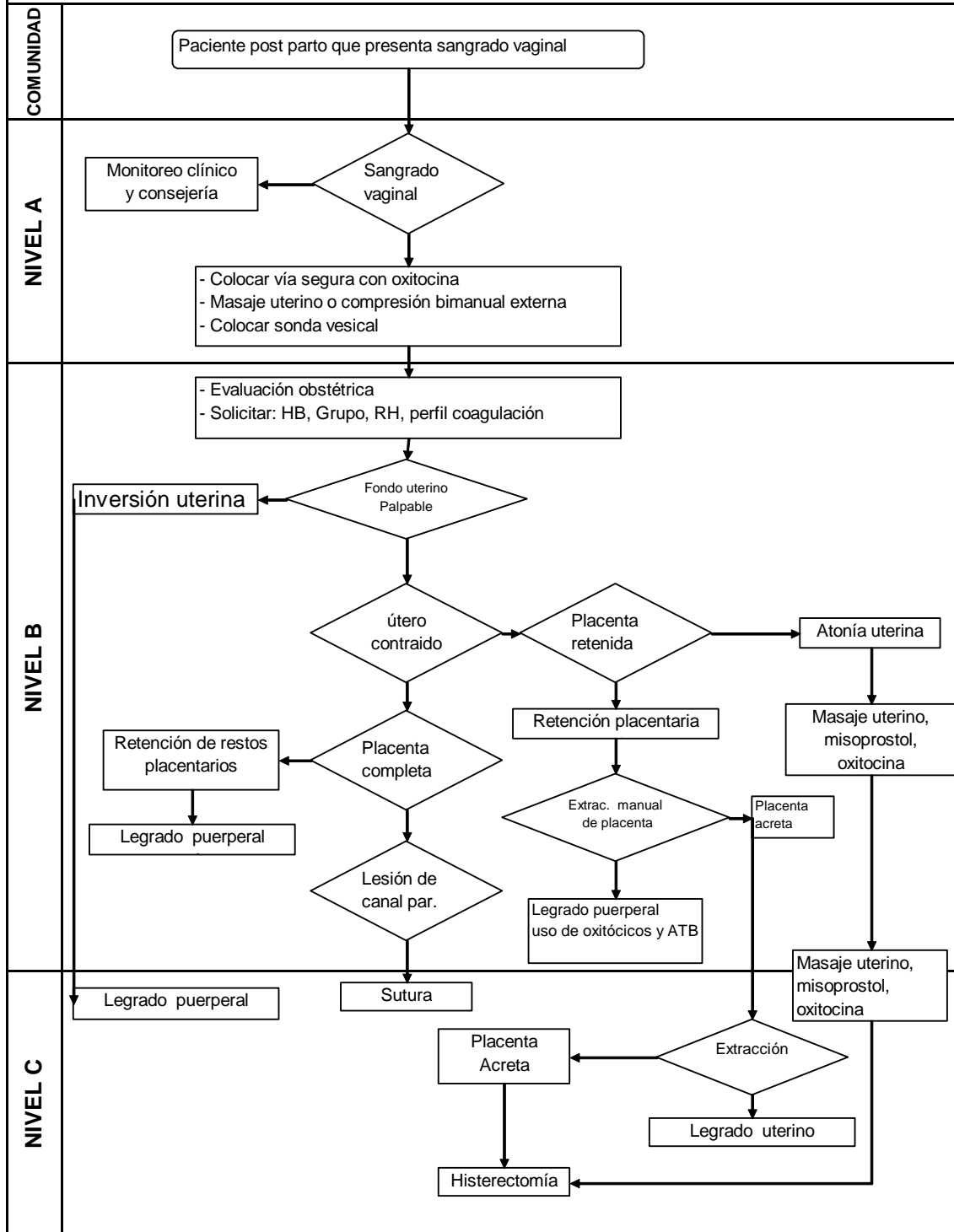
- Transfusión de hemoderivados.

Ruptura uterina:

- Pasar a SOP

11. FLUJOGRAMA

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE HEMORRAGIA POST PARTO



12. REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. NHSExecutive.ClinicalGuidelines:usingclinical guidelines to improve patient care within the NHS.London:HMSO;1996.
2. Editorial Team TCPaCG. Specialised Register: Search strategies for identification of studies. The Cochrane Library. Oxford: Update Soft- ware. Updated Quarterly.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Breast cancer inwomen:a national clinical gui- deline.Edinburgh:SIGN;1998.SIGNPublication N°29.
4. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Critically appraising the evidence: is this evidence about a diagnostic test valid? Evidence-based Medicine:Howto practice and each EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997:81-4.
5. Bernstein SJ, Hofer TP, Meijler AP, Rigter H. Settingstandardsforeffectiveness:acomparison of expertpanelsanddecision analysis. IntJQual HealthCare1997;9:255-63.
6. Macfarlane A, Mugford M. Care of mothers and babies. Birth counts: Statistics of pregnancy and Childbirth. London: The Stationery Office, 2000:191-242.
7. CalderAA,EmbreyMP,HillierK.Extra-amniotic prostaglandinE2 for the induction of labour at term. J Obstet Gynaecol Br Cwlth 1974;81:39- 46.
8. American College of ObstetriciansandGyneco- logists. Induction of labour. Washington DC: ACOG;1999.Practice Bulletin 10.
9. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Induction of Labour. Ottawa: SOGC; 1996.SOGCPolicyStatement57.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecol gists. The use of electronic fetal monitorin The useandinterpretation of cardiotocograph inintrapartumfetalsurveillance.London:RCO Press;2001.Evidence-basedClinicalGuideline
11. GarciaJ,Redshaw,FitzsimmonsB,KeeneJ.Fir Class Delivery: The National survey of women viewsofmaternitycare.Abingdon:AuditComm ssionPublications;1998.
12. SawaiSK, O.BrienWF.Outpatient cervical rip ning.ClinObstetGynecol1995;38:301-9.
13. HodnettED.Caregiversupportforwomendurin childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2001:1-9.
14. Departmentof Health.Changingchildbirth. Rport of the Expert Maternity Group (ChairmaBaronessCumberlege).London:HMSO;1993.
15. AuditCommissionfor Local Authoritiesandth NHSinEnglandandWales. First Class DeliverImproving Maternity Services in England an Wales. Abingdon: Audit Commission Publictions;1997.

Fecha de elaboración y vigencia.