

Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD

La mejor forma de prevenir la hemorragia obstétrica es atendiendo el parto adecuadamente y vigilando especialmente a las pacientes con alto riesgo.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 529,000 muertes maternas al año, de las cuales 166,000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 4 horas posparto.

1. Definición

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal (superior a 500 ml posparto o 1,000 poscesárea) proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ocurrir en el interior (cavidad eritoneal) o en el exterior (a través de los genitales externos).

2. Etiología

La hemorragia en la primera mitad del embarazo puede ser causada por:

- Aborto
- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica gestacional

La hemorragia en la segunda mitad del embarazo puede ser causada por:

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Placenta previa
- Ruptura uterina

La hemorragia durante el trabajo de parto y puerperio puede ser causada por:

- Atonía uterina
- Desgarros del canal del parto
- Inversión uterina
- Acretismo placentario
- Retención de restos placentarios

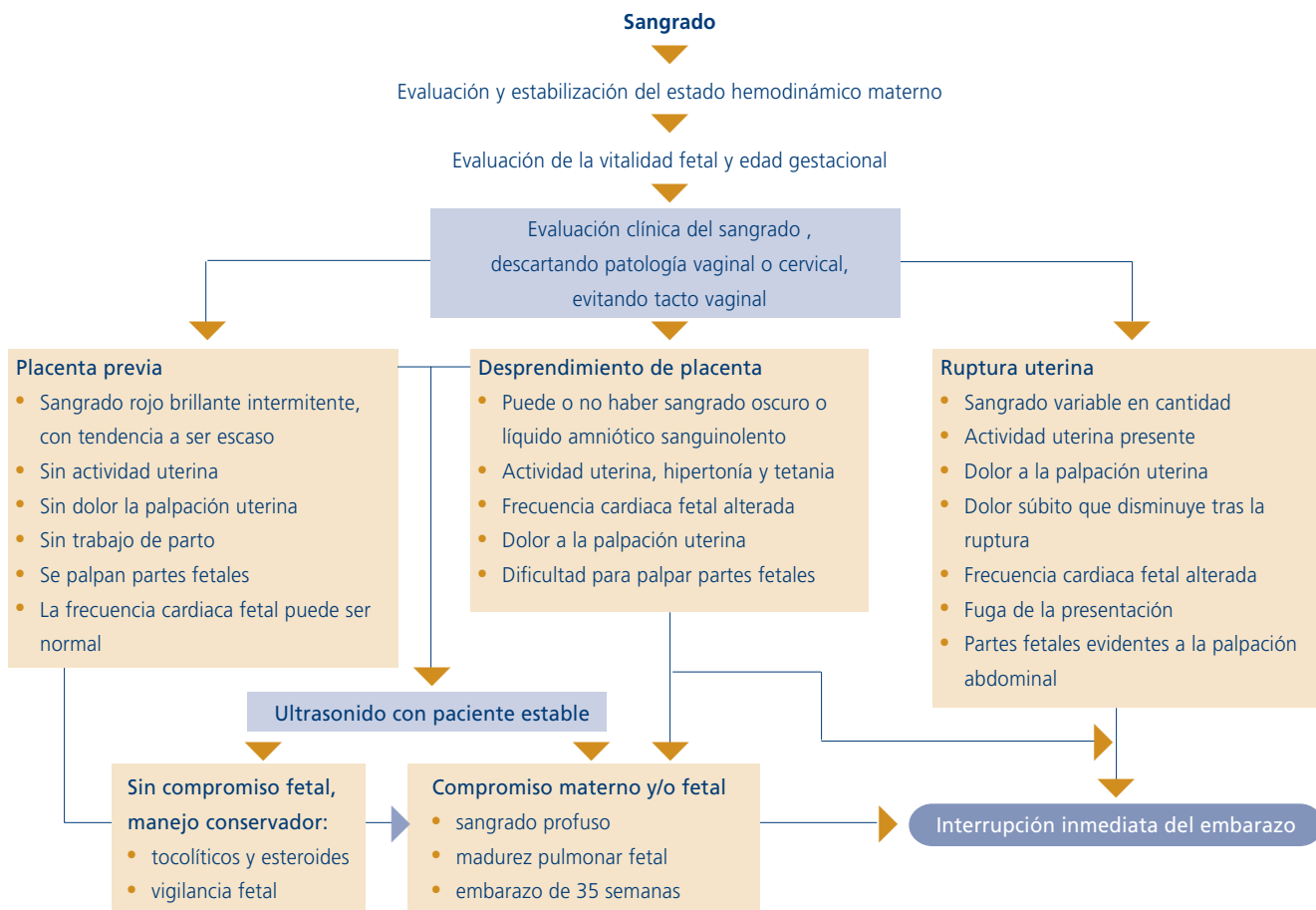
CONTENIDO

1. Definición
 2. Etiología
 3. Factores de riesgo
 4. Causas de la hemorragia
 5. Prevención
 6. Tratamiento médico
 7. Recomendaciones
- Referencias bibliográficas

3. Factores de riesgo que causan la hemorragia obstétrica

- Edad menor de 16 años
- Edad mayor de 35 años
- Nuliparidad
- Anemia
- Desnutrición
- Obesidad
- Embarazo no deseado
- Miomatosis uterina
- Infección recurrente cérvico vaginal y de vías urinarias
- Sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, etc.)
- Uso de uteroinhibidores o uterotónicos
- Complicaciones del parto (distócico, prolongado y precipitado)
- Cirugías uterinas previas (cesárea, miomectomía, etc.)
- Trastornos hipertensivos del embarazo

FIGURA 1. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SANGRADO DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO



4. Causas de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo

1. Placenta previa
2. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
3. Ruptura uterina

1. Placenta previa:

- Hemorragia de color rojo brillante de inicio súbito
- No hay dolor abdominal
- En esta etapa del embarazo pueden presentarse varios episodios de sangrado, generalmente entre las semanas 28 y 34

2. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

- Puede o no haber líquido amniótico sanguinoliento o hemorragia genital de color oscuro
- Dolor abdominal súbito y constante localizado en el útero
- Hipertonía y polistolia
- Datos de sufrimiento fetal agudo
- Hipovolemia y choque hemorrágico
- Coagulopatía secundaria y progresiva mientras el útero esté ocupado

3. Ruptura uterina

- Palpación de partes fetales en forma superficial o en zonas altas del abdomen
- Detención en el trabajo de parto
- Dolor suprapúbico súbito e intenso
- Hemorragia transvaginal
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (ausencia de latido fetal)
- Anillo de retracción patológico de Bandl previo a la ruptura
- Taquicardia e hipertensión arterial inexplicables
- Hematuria

- Mantener las vías aéreas permeables
- Asegurar una oxigenación adecuada, preferentemente con oxígeno 3 litros por minuto mediante puntas nasales
- Se deberá instalar venoclisis con solución cristaloide administrando carga rápida de 300 ml y 700 ml para pasar en 4 horas. Continuar con la reposición de líquidos de acuerdo a la hemorragia
- Trasladar en posición decúbito lateral izquierdo
- Se recomienda uso de sonda foley para el control de la diuresis
- Revisar los signos vitales cada 15 min

5. Prevención de la hemorragia posparto

Manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto

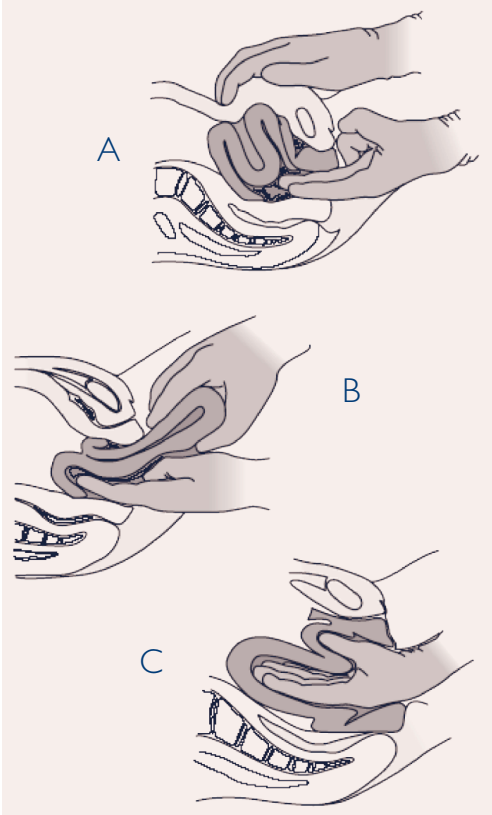
- Controlar la tracción del cordón umbilical
- Administrar uterotónicos después del alumbramiento
- Dar masaje en el fondo uterino después del nacimiento
- Verifique que no exista otro feto o placenta antes de administrar cualquier oxitócico

6. Tratamiento médico de la hemorragia posparto

CUADRO 2. MANEJO TERAPÉUTICO^{3, 6, 10, 11}

CAUSAS	DATOS CLÍNICOS	TRATAMIENTO	BUENA RESPUESTA
Atonía uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de tono uterino • Sangrado transvaginal abundante • Hipertensión arterial 	Uterotónico / Dosis Oxitocina 20 a 40 UI en 1000 ml solución cristaloide Administrar IV en goteo rápido	Dosis de mantenimiento Uterotónico / Dosis Oxitocina 10 a 20 UI en 1000 ml solución cristaloide Administrar IV para 8 horas
		Ergonovina 0.2 mg Im cada 2 horas (hasta 5 dosis)	Ergonovina Se sugiere continuar con oxitocina en 1 Administrar IV para 8 horas
		Misoprostol 800 a 1000 mcg vía rectal (4 a 5 tabletas)	Misoprostol Se sugiere administrar con oxitocina en Administrar IV para 8 horas
		Carbetocina 100 mcg IM DU	10 a 20 UI en 1000 ml de solución cr para 8 horas
Desgarros del canal	Evidencia de lesión del canal del parto	Revisión del canal de parto	
Retención de restos placentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Útero subinvolucionado • Presencia de sangrado transvaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Sutura de las lesiones y envío al hospital de referencia. 	
Inversión uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Puede o no haber signos de infección • Sangrado • Hipotensión • Descenso y eversión del cuerpo uterino a través del cérvix • No se palpa fondo de uterino a través de la pared abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Ante datos de infección administrar penicilina sódica cristalina 5 millones UI IV, cada 4 horas más amikacina 500 mg IV cada 12 horas. En caso de alergia a la penicilina administrar macrólidos (clindamicina 900 mg IV cada 8 horas). • Envío inmediato al hospital. Si el diagnóstico se hace de inmediato, intentar regresar el fondo uterino a su posición original y trasladar inmediatamente al hospital de referencia. (Ver figura 2)	

FIGURA 2. MANEJO DE LA INVERSIÓN UTERINA



En el caso de no tener una adecuada respuesta al tratamiento

Trasladar a la paciente urgentemente al II ó III nivel de atención

- Mantener vías aéreas permeables
- Asegurar una oxigenación adecuada, preferentemente con oxígeno 3 litros por minuto mediante puntas nasales
- Se deberá instalar venoclisis con solución cristaloide administrando carga rápida de 300 ml y 700 ml para pasar en 4 horas, continuar con la reposición de líquidos de acuerdo a la hemorragia
- Trasladar en posición decúbito lateral izquierdo
- Se recomienda el uso de sonda Foley para el control de diuresis
- Signos vitales cada 15 minutos

Fuente: Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, SSA, 2002.

7. Recomendaciones:

- Mantenga siempre actualizado y disponible el directorio telefónico de las unidades de referencia
- Verifique constantemente las fechas de caducidad y la existencia de soluciones parenterales y uterotónicos
- Siempre deberá enviar a la paciente al hospital de referencia acompañada por personal de salud capacitado
- Verificar si la paciente recibió la atención en el hospital a donde fue referida

Referencias bibliográficas

1. Khan K, Wojdyla D, Say Lale, Gülmezoglu MA, Van Look FP. WHO analysis of causes of maternal death. A systematic review. 367: 1066-1074. 2006
2. Ronsmans C, Graham WJ, on the behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: Who, When, Where and Why. Maternal Survival 1. 368:1189-1200, 2006.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG, Practice Bulletin Postpartum Hemorrhage. No76, Oct 2006, 1039-1047.
4. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. No. 136, Nov 2003.
5. Oyelese Y, Smulian J. Placenta Previa, Placenta Acreta, and Vasa Previa. Clinical Expert Series. Obstet Gynecol. 107, 927-41. 2006.
6. Soper J. Gestational Trophoblastic Disease. Clinical Expert Series. Obstet Gynecol.108, 176-88. 2006.
7. Scottish Obstetrics Guidelines and Audit Project and Cochrane Library. The Management of Obstetric Haemorrhage. Mar, 2002.
8. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. 2003. México, D.F.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Hospital «Luis Castelazo Ayala». 2005. México, D.F.
10. B-Lynch, Keith L, Lalonde A and Karoshi M. A textbook of Postpartum Hemorrhage. Sapiens Publishing. 2006.
11. Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, SSA, 2002.

DIRECTORIO

Dr. José Angel Cordova Villalobos
SECRETARIO DE SALUD
Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Mauricio Hernández Ávila
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mario Henry Rodríguez
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTORES

Ricardo Muñoz • SSA
Dr. Luis Alcázar Alvarez • ISSSTE

Revisores

Dr. Patricio Sanhueza • SSA-DF
Dr. Norberto Reyes • GEA*
Dr. Carlos Carrillo • INSP

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Fabá Beaumont • INSP
Lic. Ana Bellinghausen Rico • INSP*
Dr. Juan Francisco Molina • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.
Producción • Grupo Impresor Profesional, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud
Ave. Universidad #655, Cuernavaca, C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

(*) Hospital Manuel Gea González