MANEJO HOSPITALARIO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

AUTOR PRINCPIAL: Mª CRISTINA SARDÓN GARCÍA
AUTORES SECUNDARIOS: SANTIAGO VELASCO QUIRCE, ALEJANDRO SANZ LUQUE

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto consiste en una pérdida hemática brusca y repentina de más de **500 ml** tras **parto eutócico** y **1000 ml** tras **cesárea** (hasta las 6 semanas posteriores al parto).

Es 1 de las 3 primeras causas de **mortalidad materna** en el mundo. En los países en desarrollo el riesgo de muerte materna es de 1 por cada 1000 partos.

La hemorragia del **puerperio inmediato** (primeras 24 h) es la más frecuente y ocurre frecuentemente tras el alumbramiento.

Las **causas** de esta hemorragia son: atonía uterina (90%), desgarros del canal del parto, retención de placenta, alteraciones de la coagulación y rotura uterina.

OBJETIVOS

- ✓ Ayudar a la **toma de decisiones** terapéuticas en el ámbito de las urgencias ginecológicas hospitalarias
- ✓ Disminuir la variabilidad de los **tratamientos**
- ✓ Facilitar la **formación continuada** de los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura científica mediante **búsquedas bibliográficas** en las siguientes bases de datos: Fisterra, Actualización en Medicina de Familia (AMF), Cochrane, Cuiden, desde el 2013 al 2017.
Utilizando como palabras claves: Hemorragia postparto, atonía uterina, hemorragia obstétrica.

RESULTADOS

Manejo obstétrico

Trastornos de la coagulación → Reponer factores de los que exista déficit

NO ↑

Atonía

NO → **Lesión genital** (traumatismos y desgarros del canal del parto) → ✓Taponamiento vaginal y hielo local ✓Drenaje quirúrgico ✓Sutura → Persiste sangrado → **Taponamiento intrauterino (Balón de Bakri)**

✓Se coloca por encima del orificio cervical interno bajo control ecográfico
✓Llenado con 300-500 ml de suero estéril
✓Conectar bolsa de recogida de líquidos en el orificio de drenaje
✓Poner taponamiento vaginal
✓Tiempo máximo de permanencia del balón: 24 h

Persiste sangrado (estable) → **Embolización arterial selectiva**

Persiste sangrado → Taponamiento (paquete compresión pélvica)

SI ↓

Retención de placenta o restos placentarios

SI → Extracción manual y/o legrado

Persiste sangrado (inestable) → Suturas compresión uterina

Persiste sangrado → Ligaduras vasculares (arterias hipogástricas, uterinas o ilíacas

Persiste sangrado (estable) → **Histerectomía**

Persiste sangrado (inestable) → Taponamiento (paquete compresión pélvica)

NO ↓

Oxitocina (Syntocinon)
- 10-40 UI IV en 500cc SF
- 10 UI IM
- 5 UI IV (bolo lento)

Metilergometrina (Methergin): 0,2 mg IV en 5 ml SF en 1 min, cada 2-4 h (máximo 5 dosis) // 0,2 mg IM
*No utilizar si patología hipertensiva

Carboprost (Hemabate): 250 mcg IM cada 15 min (máx. 8 dosis)

Mejora → Mantener perfusión oxitocina

CONCLUSIONES

La hemorragia postparto es actualmente una importante causa de **morbimortalidad** materna en los países desarrollados. Se considera evitable en una elevada proporción si el **manejo** es **adecuado**, por lo que se recomienda **protocolizar** el manejo, adaptarlo al ámbito local y mantenerlo actualizado en función de la experiencia y de las nuevas publicaciones científicas.
Es importante que el **personal sanitario** esté capacitado para identificar rápidamente los **signos** de hemorragia e iniciar unas actuaciones oportunas.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Asturizaga P., Toledo Jaldin L. Hemorragia obstétrica. Rev Med La Paz, 20 (2); Julio - Diciembre 2014.
- ✓ Salcedo Ramos F., Méndez Rodríguez R., Borre Arrieta O. Manejo de la hemorragia posparto. Revista Ciencias Biomédicas. ISSN: 2215-7840, 5(2), julio-diciembre 2014.
- ✓ Camacho Castro FA., Rubio Romero JA. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 1: 87-92.