



Nº 432-2019-HCH/DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 15 de noviembre de 2019

Visto el Exp. N°26130-2019, que contiene el Oficio N°415-DGOBS-2019-HCH, del Departamento de Ginecología y Obstetricia, el Informe Técnico N°095-OGC-2019-HCH, del 05 de noviembre de 2019 de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Oficio N°415-DGOBS-2019-HCH, el Departamento de Ginecología y Obstetricia, remite el proyecto de la Guía de Práctica Clínica para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia PostParto;

Que, mediante Informe Técnico N°095-OGC-2019-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar con Resolución Directoral la Guía de Práctica Clínica para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia PostParto;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, con Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N°117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el mismo, que tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, para la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia postParto;



Estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Ginecología y obstetricia, el Informe Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica con el Informe N°1208-2019-OAJ-HCH;

Con el visto de las Jefaturas del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

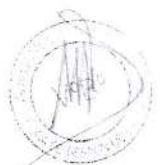
SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO, elaborada en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia, por las consideraciones expuestas, la cual se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER la Publicación de la Guía en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital.

Regístrese y comuníquese



Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 90294



**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO**

RESPONSABLES:

DRA. FIORELLA PAOLA DEL CARMEN CASTILLO VELASQUEZ

DR. ALEXANDER THOMAS GALINDO LA MATTA

LIMA - PERÚ

2019



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es establecer una herramienta eficaz, a través de evidencia científica actualizada, para estandarizar los actos y procedimientos médicos quirúrgicos que apoyen la toma de decisiones y la elección de una intervención durante el proceso de atención de una paciente con diagnósticos relacionados con la hemorragia postparto.

II. OBJETIVOS

Los objetivos de esta guía son:

- Describir las medidas más efectivas para la prevención de hemorragia postparto con énfasis en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.
- Identificar los factores de riesgo asociados a una mayor incidencia de hemorragia postparto.
- Identificar los signos y síntomas que permiten el diagnóstico de hemorragia postparto y la evaluación de su gravedad para iniciar el tratamiento apropiado.
- Describir una secuencia ordenada de intervenciones eficaces para el tratamiento de la hemorragia postparto con énfasis en la implementación de medidas de resucitación y el uso adecuado de masaje uterino bimanual y de oxitocina como primera línea de acción.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La utilidad que merezca la presente Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de hemorragia postparto, está dirigida a todos aquellos profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia; siendo reevaluada y renovada cada 3 años, de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología, así como las necesidades y realidad de la institución (según NT N° 117 Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica-MINSA, RM N° 302-2015/MINSA; las guías de práctica clínica deben ser actualizadas cada tres años).



IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POSTPARTO

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

a) Uterina (90%):

- Atonía Uterina CIE10 : 072
- Retención de restos placentarios. CIE10 : 072.2
- Placentación anormal. CIE10 : 044 - 045
- Inversión uterina CIE10 : 071.2
- Rotura uterina. CIE10 : 071.1

b) No uterinas (10%):

- Desgarros perineales CIE10 : O70 I Grado 070.0
II Grado 070.1
III Grado 070.2
IV Grado 070.3
- Desgarro de cuello CIE10 : 071.3
- Desgarro pared vaginal CIE10 : 071.4
- Defecto de la coagulación postparto CIE10 : 072.3

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

Hemorragia Postparto (HPP): Sangrado más de 1000ml o pérdida sanguínea acompañada de signos y síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas luego del parto (incluye pérdida intraparto) sin considerar la vía de parto.

Es importante reconocer que los signos y síntomas de pérdida de sangre considerable (ejemplo, taquicardia e hipotensión) usualmente no se presentan hasta que la pérdida de sangre es sustancial (aproximadamente 1500 ml o más).

Clasificación:

Hemorragia Postparto Primaria o Precoz (HPPP): Pérdida sanguínea dentro de las 24 horas posparto.

Hemorragia Postparto Secundaria o Tardía (HPPS): Pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio.



5.2 ETIOLOGIA

La atonía uterina causa el 70-80% de hemorragia postparto y debe ser sospechada como primera opción.

El mecanismo primario de hemostasis inmediata luego del parto es la contracción miometral que produce la oclusión de los vasos uterinos, impidiendo el flujo sanguíneo desde el espacio vascular hacia la cavidad uterina.

Primaria

Atonía uterina

Lesión del canal de parto

Retención de placenta retenida

Placenta anormalmente adherida (acretismo placentario)

Defectos en la coagulación (coagulopatías agudas o secundarias a embolismo líquidoamniótico, desprendimiento placenta o preeclampsia severa)

Inversión Uterina

Secundaria:

Subinvolución del lecho placentario

Retención de restos placentarios

Infección (Endometritis)

Trastorno de la coagulación (ejemplo, deficiencia de factor como Von Willebrand)

5.3 FISIOPATOLOGIA

La hemostasia postparto inmediato se alcanza mediante dos mecanismos:

- Contracción del miometrio, que comprime los vasos sanguíneos causando hemostasia mecánica.
- Factores deciduales hemostáticos locales (factores de coagulación, factor tisular, etc.) que promueven la coagulación.

La fisiopatología de la mayoría de casos de HPP se debe al desbalance de uno o ambos mecanismos. El resto se debe a pérdida de vasculatura intacta (trauma).

La causa más común de HPP es atonía uterina, responsable por lo menos de 80% de los casos de ésta. El diagnóstico es hecho cuando a la palpación el útero se encuentra flácido luego del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto. Desórdenes placentarios (placenta anormalmente adherida, desprendimiento prematuro de placenta, placenta



previa), retención de restos placentarios e inversión uterina resultan en HPP porque inhiben la contracción efectiva del útero.

El sangrado por trauma puede deberse a laceraciones (incluido ruptura uterina) o incisiones quirúrgicas.

Laceraciones cervicales y/o vaginales ocurren como resultado del proceso del parto vaginal o relacionado a intervenciones del operador. En la cesárea, el sangrado de la incisión uterina se debe principalmente a una extensión lateral de la incisión, que puede deberse a un segmento edematoso por un trabajo de parto prolongado, una incisión muy baja en el segmento, o parto de un feto por una incisión muy pequeña.

Otra causa de HPP es coagulopatías, que pueden ser heredadas o adquiridas, y resultado de una reducción de factores de coagulación debido a hemorragia severa. Las coagulopatías agudas pueden ser causadas por embolia de líquido amniótico, desprendimiento prematuro de placenta, pre eclampsia con signos de severidad o síndrome de HELLP.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En el 2016 se han producido 325 muertes maternas, lo que resulta un hecho muy importante, al consignar el menor número de muertes maternas en los últimos 20 años.

En el Perú se estima que en 2011 ocurrieron 92,7 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos y la HPP se presenta hasta en el 10 % de los partos, siendo la primera causadirecta registrada (40,2 %) de muerte materna en el Perú.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

FACTORES	ATONÍA UTERINA	RETENCIÓN DE PLACENTA	RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	LESIONES DEL CANAL DEL PARTO	INVERSIÓN UTERINA
ANTECEDENTES	Multiparidad	Cicatriz uterina previa	Cicatriz uterina previa	Primigesta	Inversión previa
	Edad materna avanzada	Antecedente de legrados	Antecedente de legrados	Macrosomía	Multiparidad
CARACTERÍSTICAS	Macrosomía	Miomatosis uterina	Acretismo placentario	Parto precipitado	
	Polihidramnios	Acretismo placentario	Lóbulo placentario aberrante	Expulsivo prolongado	Acretismo placentario



	Embarazo múltiple	Anomalías uterinas	Óbito fetal	Parto instrumentado	Cordón umbilical corto
	Desprendimiento prematuro de placenta	Corioamnionitis	Corioamnionitis	Extracción podálica	
	Parto prolongado	Prematuridad	Alumbramiento manual incompleto	Periné corto y fibroso	Placenta fúndica
	Parto precipitado	Placenta previa		Várices vulvoperitoneales	
	Corioamnionitis	Parto prolongado		Episiotomía	
	Miomatosis uterina			Mala actitud de presentación	
	Maniobra Kristeller			Maniobra Kristeller	
	Obesidad				
INTERVENCIONES	Oxitócicos	Mala conducción del parto	Mala conducción del parto	Mala atención del expulsivo	Mal manejo del alumbramiento
	Anestesia general	Mal manejo del alumbramiento	Mal manejo del alumbramiento		Mala técnica de extracción de placenta
	Sulfato de magnesio				Tocolíticos
	Tocolíticos				

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 Signos y síntomas

- Sangrado por vía vaginal de moderado a grave.
- Hipotensión.
- Taquicardia.
- Oliguria.
- Taquipnea.
- Palidez.
- Alteración del estado de conciencia
- Hallazgos propios de patología causante (ver diagnóstico diferencial)



6.1.2 Interacción cronológica

Manifestaciones iniciales	Signos y síntomas ocasionales	Diagnóstico probable
- HPP inmediata - Útero blando, no contraído	- Hipotensión o shock	- Atonía uterina
- HPP inmediata	- Placenta íntegra - Útero contraído	- Lesión del canal del parto
- No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto	- HPP inmediata - Útero grande	- Retención de placenta
- Placenta incompleta	- HPP inmediata - Útero no contraído	- Retención de restos placentarios
- Dolor (leve o intenso) - HPP inmediata - Shock neurogénico	- No se palpa fondo uterino al examen abdominal - Masa visible en vulva o vagina	- Inversión uterina
- Sangrado vaginal > 24 horas después del parto - Subinvolución uterina	- Sangrado vaginal de mal olor (fiebre o no) - Anemia	- HPP tardía. - Descartar retención de restos placentarios y/o endometritis
- HPP inmediata (vaginal o intraabdominal) - Dolor abdominal intenso (disminuye luego de la ruptura)	- Taquicardia materna - Abdomen doloroso - Palidez - Shock	- Rotura uterina

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1.Criterios de diagnóstico



Diagnóstico y Clasificación del grado de Choque Hipovolémico

Pérdida de volumen en % y ml en mujer de 50-70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	TA sistólica (mm Hg)	Grado del Choque	Requiere transfusión
10-15 % 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	> 90	AUSENTE	Usualmente NO
16-25 % 1001-1500 ml	Normal o agitada	Palidez frialdad	91-100	80-90	LEVÉ	POSIBLE
26-35 % 1501-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-79	MODERADO	Usualmente REQUIERE
> 35 % > 2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración, más llenado capilar > 3 seg	> 120	< 70	GRAVE	Probable Transfusión masiva

OFescina R, De MucioB. Ortiz El, JarquínD. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación Científica CLAP/SMR 1594. OPS, 2012

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Trastornos de coagulación de causa no obstétrica

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

- Hemograma completo.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Pruebas cruzadas de sangre.
- Tiempo de coagulación y sangría, TP, TTP
- Fibrinógeno.
- Análisis de gases arteriales (AGA)

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

1. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

1er paso: Oxitocina 10 unidades diluidas endovenosas al salir hombro anterior para pasar en 10 minutos. Si no se cuenta con vía permeable al momento del parto, administrar vía IM.

2do paso: Tracción controlada del cordón.

3er paso: Masaje uterino posterior al alumbramiento.

2. Vigilancia inmediata en posparto: evolución médica durante las dos primeras horas posparto o post cesárea para evaluar funciones vitales, tono uterino, sangrado y otras complicaciones.



6.4.2 Terapéutica: según causa

6.4.2.1 Hemorragia Puerperal Inmediata

Minuto 0 - 20

1. Activar la Clave Roja donde suceda el evento.
2. Se identifica al líder (Médico Ginecólogo) quien distribuye las funciones de cada miembro del equipo.
3. Se realiza la evaluación ABCDE
 - a. A : Vía aérea permeable
 - b. B: Ventilación adecuada
 - c. C: Fluido terapia, sangre y hemoderivados
 - d. D: Diagnóstico de las 4 T
 - e. E: Evitar la hipotermia
4. Se realiza el diagnóstico de las 4 T: TONO UTERINO (70%)/TRAUMA(20%)/TEJIDO (10%)/TROMBINA (1%)
5. Comprobar la integridad de la placenta.
6. Revisión de cavidad uterina.
7. Revisión del canal del parto con valvas.
8. Canalizar dos vías periféricas con catéter N°16-18 (en uno solo antebrazo).
9. Toma de muestra para análisis de laboratorio previamente descritos.
10. Posición anti shock. Elevar miembros inferiores en 45°.
11. Evitar hipotermia (cubrir a la paciente con frazadas).
12. Oxígeno al 100% con máscara del reservorio, 35-50% con máscara de Venturi o cánula binasal 4 litros por minuto.
13. Monitoreo estricto de funciones vitales cada 15 minutos durante las siguientes 2 horas.
14. Calentamiento de suero salino o lactato ringer a 39°C en microondas (2 minutos).
15. Infusión rápida de 500cc (4 retos según evolución). Tener precaución en paciente con preeclampsia y/o cardiopatías.
16. Aportar la cantidad adecuada de sangre y hemoderivados según el grado de shock
 - a. Grado III: 1 paquete globular
 - b. Grado IV: 2 paquetes globulares, 1 plasma fresco congelado, 1 concentrado de plaquetas, 1 crioprecipitado si fibrinógeno < 200 mg/dl
17. Monitoreo de diuresis con sonda foley.
18. Interconsulta a UCI para sugerencias y posibilidad de pase a su servicio.
19. Explicar a la paciente y familiares sobre cuadro actual.

Minuto 20-60

Atención en UCI



1. Conservar volumen circulante
2. Reponer componente sanguíneo según necesidad
3. Iniciar inotrópicos si persiste la hipotensión
4. Alcanzar un estado óptimo de perfusión antes de algún procedimiento quirúrgico si éste fuese necesario.
5. Explicar a la paciente y familiares sobre cuadro actual.

Minuto 60

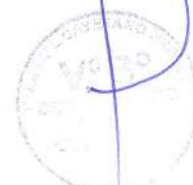
- Evaluar signos de daño de órgano.
- Si sagrado persiste, proceder a intervención quirúrgica.

6.4.2.2.Atonía uterina

1. Realizar masaje externo
2. Instalar vía endovenosa segura con NaCl 0.9% 1000cc.
3. Instalar vía endovenosa NaCl 0.9% 1000cc con oxitocina 10 UI 4 ampollas e infundir a una velocidad de 40 gotas por minuto (80 mUI/minuto) e ir aumentando según el tono uterino y sangrado (dosis máxima 200 mUI/minuto).
4. Si el sangrado es abundante pasar retos de 500cc de NaCl 0.9% 1000cc a 39°C en 5 minutos (hasta 2000 cc). Evaluar respuesta.
5. Aplicar ergometrina 0.2mg IM, que se puede repetir en 20 minutos (máximo 2 dosis). Contraindicado en pacientes con hipertensión.
6. Aplicar misoprostol 800 ugr sublingual o intrarectal diluida.
7. Administrar ácido tranexámico 1gr EV en volutrol pasar en 10 minutos.
8. Revisión manual de cavidad uterina y realizar masaje uterino bimanual.
9. De continuar el sangrado, colocar sonda foley con preservativo y llenarlo con 500cc de NaCl 0.9%
10. Si controla el sangrado con la sonda foley, mantenerlo por 24 horas. El retiro se realiza 100 cc cada 15 minutos.
11. Si no cede el sangrado, pasar a sala de operaciones.
12. Empaquetamiento del útero (B-Lynch o Hayman)
13. Ligadura de arterias uterinas o hipogástricas.
14. Histerectomía total. Para la toma de decisión de la histerectomía se debe comprometer a un segundo médico y comunicar a jefe de servicio y/o jefe de departamento.

6.4.2.2Retención de placenta

1. Realizar extracción manual de placenta, si existe retención más de 15 minutos con manejo activo o más de 30 minutos sin manejo activo de labor de parto.
2. Analgesia. Petidina 50mg EV lento y diazepam 10 mg EV lento.
3. Colocar antibiótico profilaxis. Cefazolina 1gr EV.
4. Si a pesar de realizar la extracción manual de placenta, aún se sospecha de retención de restos.
5. Realizar legrado uterino puerperal previa firma de consentimiento informado.



6.4.2.3 Laceración del canal del parto

1. Revisión del canal del parto con valvas.
2. Identificar la laceración y reparar.
3. Desgarros perineales y vaginales. Suturar con vicryl 2/0 o catgut crómico 2/0.
4. Desgarro cervical. Sutura con catgut 1/0 surget continuo.

6.4.2.4 Hematomas

1. Debridarlos y realizar hemostasia en sala de partos o sala de operaciones dependiendo del tamaño del hematoma y las condiciones de la paciente.

6.4.2.5 Ruptura uterina

1. Pasar a sala de operaciones para reparar la laceración o realizar histerectomía según la extensión de la ruptura, localización o estado de la paciente.

6.4.2.6 Inversión uterina

1. Posponer la infusión de oxitocina.
2. Realizar maniobra de Johnson.
3. Si la maniobra no es exitosa, pasar a sala de operaciones, solicitar anestesia general idealmente con halotano.
4. Realizar nuevamente maniobra de Johnson
5. Técnica quirúrgica abdominal: Huntington o Haultain
6. Técnica quirúrgica vaginal: Spinelli
7. De no lograr reponer el útero, realizar histerectomía abdominal total.

6.4.2.7 Hemorragia puerperal tardía: Retención de restos

1. Instalar vía endovenosa con conNaCl 0.9% 1000cc con oxitocina 20UI
2. Legrado puerperal
3. Antibiótico profilaxis: Clindamicina 600mg EV + Gentamicina 5 mg/kg/peso dosis única.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Oxitocina: náuseas, vómitos, hipersensibilidad (anafilaxia), arritmia cardíaca, crisis hipertensiva, hipotensión, hemorragia subaracnoidea, taquicardia.
- Misoprostol: diarrea, dolor abdominal, cefalea, dispepsia, flatulencia, náuseas, vómitos, fiebre (hipertermia maligna).
- Ergometrina: angina, bradicardia, hipertensión (contraindicado en preeclampsia), palpitaciones, fibrilación ventricular, cefalea.



- Ácido tranéxámico: hipotensión (si se administra muy rápido), náuseas, vómitos, diarrea, anafilaxia.

6.4.4 Signos de alarma

No aplica para esta guía

6.4.5 Criterios de alta

Luego de solucionar la causa de la hemorragia, la paciente debe permanecer bajo observación por lo menos 24 horas. Durante ese tiempo, realizar monitoreo de funciones vitales, exámenes auxiliares y síntomas. La paciente se le indicará el alta médica habiendo recuperado sus funciones biológicas y la capacidad de realizar sus actividades comunes.

6.4.6 Pronóstico

Dependerá de la patología subyacente y del tipo del tratamiento instaurado

6.5 COMPLICACIONES

1. Anemia aguda severa
2. Shock hipovolémico
3. Coagulación intravascular diseminada
4. Insuficiencia renal
5. Panhipopituitarismo
6. Muerte materna

6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia

Criterios de referencia: como Hospital del 3er nivel tenemos un poder resolutivo adecuado para este tipo de patología.

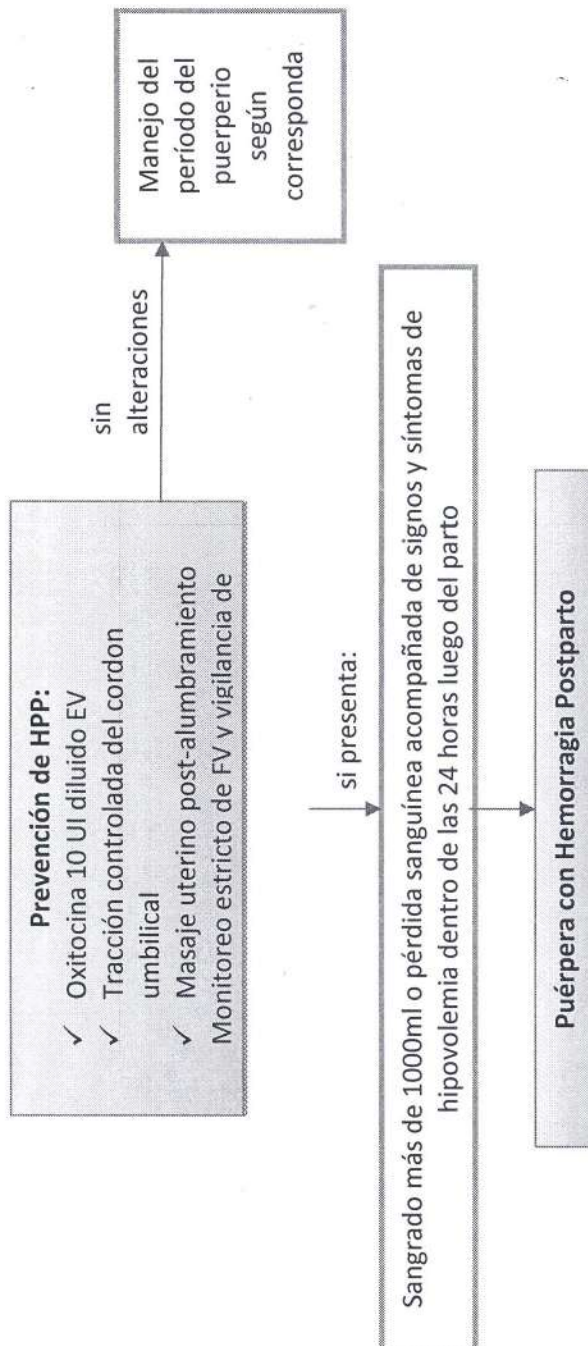
Criterios de contrarreferencia:

Paciente deberá ser referida a su Centro de Salud luego del primer control post parto al encontrar que la paciente se encuentre estable y sin comorbilidades



6.7 FLUXOGRAMA

Prevención hemorragia postparto en HCH



Puérpera con Hemorragia Postparto

Minuto 0-20

- ✓ Ginecólogo responsable activar la Clave Roja donde suceda el evento (SOP, Sala de partos o Emergencia)
- ✓ Canalizar dos vías periféricas con catéter N16 o N18 (en un solo antebrazo) y colocar sonda Foley.
- ✓ Elevar miembros 45° y cubrir a la paciente con frazadas.
- ✓ O2 100% máscara de reservorio ó 35-50% con máscara de Ventury ó cánula binasal a 4L.
- ✓ Infusión rápida de 500cc de suero salino o lactato de Ringer temperado (4 retos según evolución)*.
- ✓ Se realiza la evaluación ABCDE. Diagnóstico 4T. Clasificación de Choque Hipovolemico.
- ✓ Solicitar y aportar Hemoderivados según grado de shock.
- ✓ Solicitar análisis de laboratorio*.
- ✓ Interconsulta a UCI según respuesta de paciente.
- ✓ Explicar a paciente y familiares estado actual.

Si no hay mejoría

Minuto 20-60

Atención conjuntamente con UCI

- ✓ Conservar volumen circulante, reponer componente sanguíneo según necesidad
- ✓ Iniciar inotrópicos si persiste la hipotensión
- ✓ Alcanzar un estado óptimo de perfusión antes de algún procedimiento quirúrgico si éste fuese necesario.
- ✓ Explicar a la paciente y familiares sobre cuadro actual.

Si no hay mejoría

Minuto 60

Atención conjuntamente con UCI

- ✓ Evaluar signos de daño de órgano.
- ✓ Si sangrado persiste, proceder a intervención quirúrgica.

Atonía uterina

- Oxitocina 40UI infundir a 80 mUI/min (40 gotas) hasta 200 mUI/min (100 gotas) según tono uterino y sangrado.
- Ergometrina 0.2mg IM, repetir 1 dosis más en 20 minutos. (siguiente dosis en 4-6 horas. Dosis máxima al día 1 mg)
- Misoprostol 800mcg sublingual o intrarectal diluida.
- Ácido tranexámico 1gr EV en volutrol pasar en 10 minutos.
- Masaje uterino bimanual.
- De continuar sangrado, colocar sonda Foley con preservativo y llenarlo con 500cc de NaCl 0.9%.

Si no cede sangrado, pasar a SOP: (luego de 1 hora)

- Empaquetamiento del útero (B-Lynch o Hayman)
- Ligamiento de las arterias uterinas
- Histerectomía total. (comunicar a segundo médico de turno y comunicar al jefe de servicio o departamento)

Retención de placenta

- ✓ Analgesia. Petidina 50 mg EV lento y Diazepam 10mg EV lento.
- ✓ Antibiótico Cefazolina 1gr EV stat.
- ✓ Realizar extracción manual de placenta
- ✓ Persistencia de sangrado o restos endouterinos realizar legrado uterino.

Laceración de canal de parto

- ✓ Revisión del canal del parto con valvas. Identificar la laceración y reparar.
- ✓ Desgarros perineales y vaginales. Suturar con vicryl 2/0 o catgut crómico 2/0.
- ✓ Desgarro cervical. Sutura con catgut 1/0 surget continuo.
- ✓ (*Ver guía clínica propia)

SOP: Sala de operaciones. UCI: Unidad de cuidados intensivos.

* Hemograma completo/Grupo sanguíneo y factor Rh/Puebas cruzadas de sangre/Tiempo de coagulación y sangría, TP, TTP/Fibrinógeno/Análisis de gases arteriales (AGA)

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. Pág.53-60
2. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. American College of Obstetricians and Gynecologists. ObstetGynecol 2017;130: e168–86.
3. Vélez-Álvarez Gladis Adriana, Agudelo-Jaramillo Bernardo, Gómez-Dávila Joaquín Guillermo, Zuleta-Tobón John Jairo. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Rev ColombObstetGinecol, 2009
4. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, OMS, 2014. pág. 29-32
5. Carrillo-Esper R y cols. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 41. No. 3 Julio-Septiembre 2018 pág. 155-182
6. L. Sentilhes et al. Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF) in collaboration with the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR). European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 198 (2016) pág.12–21

