

HEMORRAGIA POSTPARTO

Pérdida de sangre que supera los 500cc en un parto vaginal
Clínicamente se define como la pérdida hemática mayor de la esperada que desencadena signos y síntomas de hipovolemia



CAUSAS 4T



PREVENCIÓN

MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

- Administración profiláctica de uterotónicos con la salida del hombro anterior o con la salida del feto
 - Oxitocina (Syntocinon 1 amp= 10U) 5-10 U iv en bolo lento
 - 10U oxitocina im en vasto externo del muslo o en deltoides
- Tracción controlada del cordón
 - Maniobra de Brandt-Andrews. La mano abdominal sujeta el fondo uterino para evitar la inversión uterina y la otra ejerce una tracción moderada y sostenida del cordón hacia abajo.
 - Maniobra de Credé: El cordón es fijado con la mano inferior, mientras que el fondo es sujetado y traccionando hacia arriba usando la mano abdominal
- Maniobra de Dublín, rotación horaria de la placenta con la cara materna hacia el interior. Revisar integridad de la placenta
- Tras el alumbramiento y la revisión de la placenta es recomendable la administración de oxitocina u otros uterotónicos.
 - Oxitocina (Syntocinon 1 amp= 10U) 10U de oxitocina IV, 1 ampolla en 500cc SF a 125ml/h.
- Comprobar por palpación el fondo uterino que debe encontrarse unos 2 traveses por debajo del ombligo y firmemente contraído si no, masaje uterino con el objeto de vaciarlo de coágulos y restos.
- Valorar también el estado materno: TA, FC, y la cuantía de la hemorragia.
- Previo y posteriormente al alumbramiento revisaremos el canal blando del parto para valorar desgarros sangrantes y aplicar técnicas hemostáticas a nuestro alcance.
- Favorecer la micción espontánea o si es necesario sondaje vesical evacuador, ya que el vaciado de la vejiga favorece la contracción uterina.
- Favorecer la lactancia materna, si lo desea la gestante, ya que la succión del pezón materno, produce liberación de oxitocina en la madre.



TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Exploración y extracción de coágulos (Tejidos)
- Revisión canal de parto (Trauma)
- Masaje uterino enérgico (Tono)
- Compresión bimanual para la contención del sangrado (Tono)
- Control de constantes: TA, FC, SaO2 y valoración pérdida sanguínea.
- 2 vías IV de grueso calibre separadas
- Sondaje vesical permanente (mantener diuresis > 30 ml/h)
- Oxígeno 100%, mascarilla a 8- 10 l/min
- Reposición volemia (mantener TAS 80-100 mmHg) Cristaloides y coloides balanceados (no sobrehidratar)
- Evitar hipotermia: manta térmica y calentar sueros
- Extracción analíticas: hemograma, bioquímica, coagulación y p. cruzadas.

TRATAMIENTO MÉDICO

- Fármacos uterotónicos
 - Oxitocina IV (Syntocinon 1 amp= 10U) 20UI en 500 SFF o Ringer a 180 ml/h Máximo: 60UI/24 horas
 - Misoprostol PGE1 (Cytotec 1cp = 200 mcg) Vía rectal o sl: 4-5 cp rectales = 800-1000 µg. Uso compasivo
- Antifibrinolítico
 - Ácido tranexámico (Amchafibrin®, 1 amp=0,5 g) 1g en 10cc SF lento se puede repetir en 30 min si persiste la hemorragia

Grados de shock	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida sangre	<750 (15%)	750-1500 (15-30%)	1500-2000 (30-40%)	>2000 (40%)
FC	<100	100-120	120-140	>140
TAS	>90	80-90	70-79	<70
FR	14-20	20-30	30-40	>40
Diuresis	>30	20-30	5-15	Mínima
Estado mental	Normal	Normal y/o agitada	Agitada	Letárgica