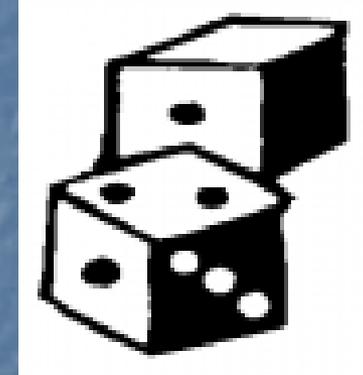
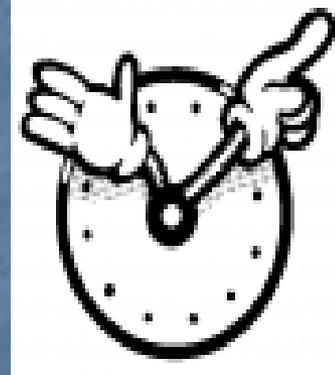
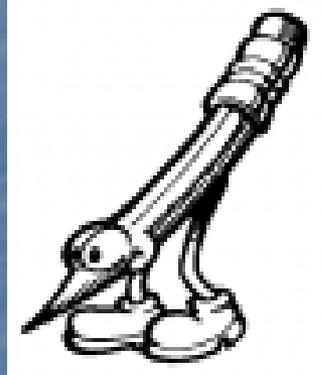


Manejo de la Hemorragia

Msc. Dr. Alfredo Nodarse Rodríguez



Compendio de conferencias.

Granma 2008.

Cayo Coco 2009.

Taller de materna Crítica C.
Habana.

Propuestas de las Normas

Bibliografía actualizada.

WHO 2004

ACOG Practice Bulletin 2006

Mousa HA, Cochrane 2007

Maternal – fetal Medicine 2010

Hemorragia

- Complicación más frecuente en nuestra especialidad.
- Primera causa de muerte en nuestro país.
- Las hemorragias obstétricas que se presentan en el período del periparto pueden aparecer antes del parto y durante o después de éste y ser de origen placentario, uterino o vaginal.

- Cada año ocurren aproximadamente **530.000 muertes maternas (OMS, UNICEF)**
- 99 % de las mismas ocurren en países en desarrollo.
- Las mujeres de estos países tienen un riesgo de morir durante su vida reproductiva de **50 a 100 veces mayor** que las mujeres del mundo desarrollado.
- La mayoría de las MM se agrupan durante el trabajo de parto, parto y post parto inmediato.
- **La Hemorragia Obstétrica es la principal causa de muerte en el post parto inmediato.** Por esta causa mueren aproximadamente 166.000 mujeres cada año.

La Mortalidad Materna es un problema aún no resuelto a escala mundial.

Mortalidad materna en Latinoamérica y Caribe.

- Razón de Muertes Maternas:
190 x 100000 nacidos vivos
- Número de muertes: 22000
- Riesgo de morir durante la vida reproductiva:
1 x 160

Causas de Muerte materna directa Cuba 2002-2006

Causas	No.	%
Hemorragias	51	24,8
Ectópico	33	16,0
Aborto	24	11,7
ELA	19	9,2
Pre-eclampsia	18	8,7
Sepsis	18	8,7
TEP	17	8,2
Rotura Uterina	8	3,9
Anestésicas	5	2,4
Otras	12	5,8
Pérdidas masivas de sangre	84	40,8

Manejo de la Hemorragia

- Se estima que se producen en todo el mundo 125 000 muertes maternas anuales debidas a hemorragias puerperal.
- Que alrededor del 1% de los nacimientos se complican con hemorragias severas.
- Siendo responsables en países desarrollados del 13% de las muertes maternas.

Contradicciones

- Resucitación vs isquemia- reperusión.
- Fluidoterapia vs complicaciones.
- Cristaloides vs coloides vs.....
- Normotensión vs hipotensión permisiva.
- Presión hidrostática vs presión oncótica.
- Hemoterapia vs religión.
- Conservador vs histerectomía.



HEMORRAGIA POSTPARTO
TEMPRANA



24 hrs POPSTPARTO

MÁS FRECUENTE

MAYOR PÉRDIDA SANGUÍNEA

MAYOR MORBIMORTALIDAD .

HEMORRAGIA POSTPARTO
TARDÍA



ENTRE 24 hrs-6 SEMANAS

**ASOCIADA RELAJACIÓN
TRANSITORIA DEL
MIOMETRIO.**

**(ENDOMIOMETRITIS
O RETENCIÓN DE
FRAGMENTOS
PLACENTARIOS,OTRAS) .**

Cambios fisiológicos del embarazo.

El volumen sanguíneo aumenta en un 48% en relación con los niveles pregestacionales.

Esta expansión cubre las necesidades metabólicas del feto y de la madre, asegura el retorno venoso adecuado al corazón con los cambios de posición materna, y **protege a la mujer de las pérdidas hemáticas durante el parto.**

Cuando la hipovolemia es intensa:

- Aparece insuficiencia circulatoria y riego tisular insuficiente.
- El menor volumen de sangre ocasiona disminución del llenado y gasto cardíaco
- Disminuye la presión arterial.

Los cambios vasculares generan :

- Aumento de la presión arterial.
- Absorción intravascular del tejido intersticial.
- Disminución de la presión hidrostática capilar y aumento del retorno venoso al corazón por movilización de la sangre almacenada en los vasos de capacitancia.

Por las razones expuestas es que los signos clásicos de hipovolemia incluyen **taquicardia, signos de vasoconstricción periférica, hipotensión y oliguria.**

Manejo de la Hemorragia Obstétrica Mayor

- El manejo clínico debe considerar:
- 1) Identificar causa de la hemorragia.
- 2) Valorar pérdida real de sangre.
- 3) Buscar signos de hipovolemia.
- 4) Restaurar volumen sanguíneo y capacidad de transporte de oxígeno.
- 5) Iniciar medidas que eviten una mayor pérdida sanguínea.

20 % del Volumen
(750 – 1000 ml)

Moderada

25- 40 % del Volumen
(1500 – 3000 ml)

Severa

Pérdida Sanguínea

Masiva

**+ del 40 % del Volumen
(+ de 3000 ml)**

Manejo de la Hemorragia

La hemorragia obstétrica mayor puede producir signos claros de shock hipovolémico. Sin embargo, debido a los cambios fisiológicos inducidos en el embarazo, **la mujer puede mostrar pocos signos de hipovolemia**, aún cuando haya perdido un volumen considerable de sangre.

Manejo de la Hemorragia

La presencia de hipotensión y taquicardia sugieren hipovolemia, **pero su ausencia no la descarta.**

Deben considerarse, además, los valores de presión arterial y de frecuencia cardíaca previos al evento hemorrágico y la presencia de estímulos modificadores como anestesia, dolor o miedo.

Manejo de la Hemorragia

La **oliguria** es un signo temprano de hipovolemia.

El riñón es sensible al déficit de irrigación **disminuyendo** su flujo renal, filtración glomerular y diuresis, antes de que ocurran cambios notables en la presión arterial, frecuencia cardíaca y hematocrito.

Uno de los pilares en el enfrentamiento:

Anticipación del médico a esta situación en caso de riesgo reconocido, de modo de estar preparado para reaccionar de forma inmediata ante su ocurrencia.

Producida la complicación: **la meta es** normalizar la perfusión y la oxigenación tisular a la brevedad.

La restitución de volumen debe hacerse dependiendo de la cuantía de la pérdida, considerando que el hematocrito debe mantenerse alrededor de 30% y la diuresis entre **30-60 ml/hora**.

No solo tener una idea exacta de la clínica de estas hemorragias sino sobre todo tener en la mente un esquema muy claro del modo de obrar y saber en cada momento y caso específico la conducta a seguir.

Causas del sangramiento post parto

1. Tejidos (productos retenidos de la concepción)

- -Restos ovulares
- -Retención placentaria
- -Adherencia anormal de la placenta
- -Cotiledón retenido o lóbulo sucenturiado

2. Traumas (agresión del tracto genital)

- -Laceraciones del cervix, vagina o perineo
- -Extensión o laceraciones de hysterotomía
- -Rotura uterina
- -Inversión uterina
- -Hematoma vulvo – vagino - perineal

3. Trombina (anormalidades o trastornos de la coagulación)

Estados Pre existentes

- -Hemofilia A
- -Enfermedad de Von Willebrand
- -Trombopatias

3. Trombina (anormalidades o trastornos de la coagulación)

Estados Adquiridos en el Embarazo

- -Pre eclampsia + Trombocitopenia
- -Embolismo de líquido amniótico
- -PTI
- -CID
- -Abrupto placentario
- -Obito fetal

4. Tono (anomalías de la contracción uterina)

- -Sobre distensión uterina
- -Atonia uterina
- - Infección Intra amniótica
- -Distorsión anatómica-funcional del útero (fibroma uterino, anomalías uterinas)

Factores que predisponen a hemorragia post-parto

Antes del embarazo:

- Multiparidad
- Miomas uterinos
- Discrasias sanguíneas
- Anemia

Durante el embarazo:

- Placenta previa
- Desprendimiento de placenta
- Polihidramnios
- Macrosomia fetal
- Muerte fetal
- Pre -eclampsia / Eclampsia

Durante el parto:

- Uso de oxitocina
- Parto prolongado
- Instrumentación
- Cesárea
- Analgesia y sedación
- Corioamnionitis

Factores de riesgo asociados a la calidad y al nivel de la atención materna:

- Uso inadecuado de la episiotomía.
- Uso inadecuado de los expansores de volumen.
- Uso inadecuado de la sangre y sus derivados.
- Mal seguimiento de las inducciones y trabajos de partos.
- Manejo inadecuado del tercer período del parto.

Factores de riesgo asociados a la calidad y al nivel de la atención materna:

- Decisiones de parto por cesáreas mal fundamentadas.
- Problemas organizativos de las unidades.
- Incumplimiento de los protocolos.
- Cuidados y vigilancia inadecuada de la puérpera.

Conducta para prevenir la hemorragia

- A. Identificar factores de riesgo.
- B. Garantizar vena canalizada con trócar.
- C. Tener condiciones para la cirugía de urgencia.
- D. Manejo activo del 3er estadio del parto.

Manejo activo del 3er estadio del parto

- 1. Administración profiláctica de oxitocina preferiblemente después del desprendimiento del hombro anterior y siempre antes del alumbramiento.
- 2. Aguardar el tiempo delimitado para el pinzamiento del condón umbilical.
- 3. Tracción del condón umbilical de forma suave y sostenida con compresión cuidadosa del fondo uterino.

Manejo de la Hemorragia Obstétrica Mayor

Principio 3 R:

- *Primero* *Reanimar*
- *Segundo*..... *Reconocer*
- *Tercero*..... *Reparar*

Manejo de la Hemorragia Obstétrica Mayor

Lo vital es el orden vital: a b c d

- Primero reconocer "a" (abrir la vía aérea) para reanimar y administrar Oxígeno.
- Segundo reconocer "b" (ventilación) para resucitar.
- Tercero reconocer "c" (circulación y sangramientos) para resucitar.
- Cuarto reconocer "d" (daño neurológico) y actuar con resucitación de "a-b-c"

Manejo de la Hemorragia Obstétrica Mayor

Volemia y Fluidos (evaluación rápida)

- La hipotensión y la hipoperfusión son criterios inequívocos para reposición rápida de fluidos: primero Ringer lactato o ClNa 0.9%.
- Los crepitantes pulmonares y la ingurgitación yugular son criterios de que la paciente no necesita mas fluidos o al menos no asimila esa velocidad de fluidos y requiere apoyo de aminos para evaluar.

Manejo de la Hemorragia Obstétrica Mayor

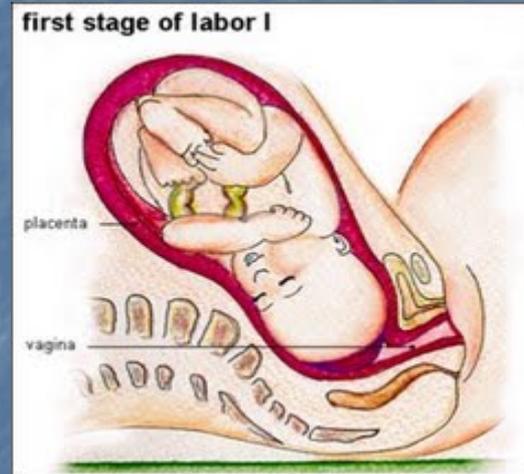
- Continuar la reposición de volumen, en una paciente sangrando no intente llevarla a TA normal ---- lo correcto es una reanimación hipotensora con sistólica sobre 80 a 85 hasta la reparación.
- La medición de la PVC debe hacerse en cuanto exista conflicto en la reposición de volumen. (Es lo ideal)

Manejo de la Hemorragia Obstétrica Mayor

Conclusiones

- Mayor vigilancia en pacientes de riesgo.
- Vigilancia mayor al riesgo específico.
- Tratamiento precoz por conducta vital.
- Mantener la secuencia vital.
- Primeras actuaciones por valoraciones rápidas.
- Continuar con valoraciones mas profundas.
- Actuar por criterios de prioridades.
- Garantizar la estabilización mínima necesaria antes de trasladar.

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia



Paso 1

- Valoración inicial y tratamiento
 - Resucitación
 - Buscar etiología
 - Análisis de laboratorio

Paso 2

Terapia dirigida

- Tono
- Tejido
- Trauma
- Trombina

Paso 3

No responde la hemorragia post parto

- Buscar ayuda
- Control local
- Hemoterapia.

Paso 4

Cirugía

- Reparar desgarrros
- Ligaduras vasculares
- Histerectomía hemostática

Paso 5

Sangrado post histerectomía

- Compresión abdominal
- Embolización por angiografía

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia

REANIMACIÓN

- Administre altas concentraciones de oxígeno.
- Ponga la cabeza inclinada hacia abajo/levante las piernas.
- Establezca un acceso venoso con 2 cánulas de grueso calibre (14 g o 16 g).
- Infunda fluidos de reemplazo cristaloides o coloides, lo más rápidamente posible. La restauración de la normovolemia es una prioridad.

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia

- Llame personal extra para colaborar:
- Obstetra con experiencia
- Anestesista con experiencia
- Enfermeras
- Avise al hematólogo (si hay uno disponible)
- **COMISION DE CASO GRAVE**

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia

- Envíe una muestra de sangre al banco de sangre para pruebas de compatibilidad posteriores.
- Solicite recuentos sanguíneos completos.
- Solicite estudios de la coagulación.
- Monitoree continuamente el pulso y la presión arterial.

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia

- Inserte un catéter urinario y medir el flujo horario.
- Monitoree la frecuencia respiratoria.
- Monitoree el nivel de conciencia.
- Monitoree el tiempo de llenado capilar.
- Inserte una línea para medir presión venosa central, si está disponible y monitoree la PVC.

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia

DETENER EL SANGRAMIENTO

- Identifique la causa.
- Examine el cuello y la vagina buscando laceraciones.
- Si hay productos de la concepción retenidos y sangramiento incontrolado, trate como CID.

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia

Si el útero está atónico:

- Asegure que la vejiga esté vacía .
- Administre oxitocina 20 unidades EV
- Administre ergometrina 0.5 mg EV
- Infusión de oxitocina (20-40 unidades en 500 ml)
- Masaje en el fondo para estimular la contracción uterina
- Compresión bi -manual del útero.

Tratamiento escalonado para el manejo de la Hemorragia

- Si el **sangramiento continúa**, prostaglandina intramuscular profunda o intramiometrial (ej. Carboprost 250 µg) directamente en el útero (diluya una ampolla en 10 ml de salino estéril). En nuestros centros **MISOPROSTOL 800mcg rectal**.
- Considere la cirugía **más temprano** que tarde. (updates lo contradicen)
- Considere la histerectomía **más temprano** que tarde.

CONCLUSIONES

- Al entrenamiento y la presencia de personal calificado en nuestras maternidades para el seguimiento del trabajo de partos y el parto.
- A la mejoría y los avances logrados en las técnicas quirúrgicas tanto en el parto instrumentado, la operación cesárea y la histerectomía puerperal de urgencia.

CONCLUSIONES:

- Dado que las dos terceras partes de las pacientes con hemorragias en el post parto no tenían riesgo de sangrar, es muy práctico pensar que cuando inicien el trabajo de parto, **todas se manejen como candidatas a sangrar.**
- El principal desempeño del Obstetra es enfrentar las emergencias para disminuir en lo posible las etapas avanzadas y críticas y evitar una **muerte materna.**

¡NADA!

sustituye a la permanencia
del médico a la cabecera del paciente



Muchas Gracias