

# HEMORRAGIA ANTEPARTO

## 1. EMBARAZO ECTÓPICO

**Diagnóstico clínico.** Se sospechará en mujeres con dolor abdominal y prueba de embarazo positiva con o sin hemorragia vaginal. Tríada clásica amenorrea, sangrado y dolor abdominal.

**Diagnóstico paraclínico.** En embarazo normal se duplican cada 2 días los niveles de  $\beta$ -GCH (1er trimestre). Una elevación en la  $\beta$ -GCH < 66%, probable embarazo ectópico. La ecografía transvaginal puede identificar una masa anexial no quística. Con  $\beta$ -GCH positiva y ausencia de saco gestacional intrauterino se debe buscar obligatoriamente embarazo ectópico. Culdoscopia y laparoscopia.

**Tratamiento quirúrgico.** Inestabilidad hemodinámica o signos de hemoperitoneo, cirugía en institución con capacidad para resolver cuadros de choque hipovolémico.

En embarazo ectópico abdominal: si la placenta se encuentra insertada en un órgano no vital (epiplón), se debe resecar el órgano con la placenta in situ pues el intento de remoción produce sangrado grave; cuando la placenta está implantada en intestino u otro órgano vital se debe seccionar el cordón umbilical proximal a la placenta y dejarla en el sitio de implantación para administrar posteriormente metrotexate. El embarazo intersticial requiere resección quirúrgica con cuña de una porción del miometrio, salpingectomía ipsilateral y conservación del ovario. En el embarazo ectópico ovárico el tratamiento quirúrgico es la resección parcial o total del ovario comprometido.

## 2. Abruption placentae

Es el desprendimiento o separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normoinserta antes del nacimiento del feto y después de la semana 22.

**Diagnóstico clínico y paraclínico:** dolor abdominal y pélvico, sangrado vaginal, contracciones uterinas, hipertensión, sufrimiento fetal y muerte fetal. Un 10 % se asocia con coagulación intravascular diseminada.

**Tratamiento:** Amniotomía inmediata para disminuir presión intrauterina. Cesárea si el feto está vivo y el parto no es inminente o hay signos de inestabilidad materna y/o fetal.

## 3. PLACENTA PREVIA

Es la que cubre o está próxima al orificio cervical interno (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 de gestación.

**Diagnóstico clínico y paraclínico.** Sangrado sin dolor en la segunda mitad del embarazo, la mayoría de las pacientes con placenta previa son diagnosticadas por ecografía durante el segundo trimestre de la gestación.

Manejo	Descripción
<b>Uteroinhibición</b>	Si hay contracciones uterinas en el embarazo de pretérmino.
<b>Inducir madurez pulmonar fetal</b>	Edad gestacional entre 24 a 34 semanas.
<b>Finalización del embarazo</b>	Cesárea electiva en oclusiva total y parcial en semana 37

## ESQUEMA DE MANEJO POR NIVELES DE ATENCIÓN

En niveles de baja complejidad remisión a un nivel de mayor complejidad con:

- Monitoría hemodinámica continua de signos vitales.
- Oxígeno continuo con máscara a 12-15 l/min.
- Dos accesos venosos 16 o 18 para administración de solución salina normal o lactato Ringer.
- Monitoría de la cantidad de sangrado vaginal.
- Monitoría de la frecuencia cardíaca fetal.
- Tratamiento de choque hipovolémico, si es necesario

El cuidado hospitalario depende de la edad gestacional y la gravedad de los síntomas. Incluye:

- Monitoría hemodinámica no invasiva continua.
- Valoración inmediata del bienestar fetal.
- Dos accesos venosos 16 o 18 para administración de solución salina normal o lactato Ringer según estado hemodinámico de la paciente o signos de choque hipovolémico es necesario instaurar reanimación agresiva de cristaloides (bolo 1500 a 2000 cc, posterior infusión de 200 - 300 cc/h), para garantizar la perfusión tisular.
- Disponibilidad de hemoderivados (4 U de glóbulos rojos, plasma, plaquetas). En instituciones de baja complejidad deberá contarse con al menos 2 volúmenes de glóbulos rojos, preferentemente del grupo O Rh negativo.
- Tratamiento de coagulación intravascular diseminada. El uso de heparina o agentes antifibrinolíticos no está indicado en coagulación intravascular diseminada inducida por *abruptio placentae*. Una vez que el nacimiento se produce, el proceso usualmente se resuelve rápidamente y es raro que persista más de 12 horas

### Diagnóstico y clasificación del grado de choque hipovolémico

Pérdida de volumen en % y ml (mujer 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque
10-15% 500-1000 ml.	Normal	Normal	60 - 90	> 90	Ausente
16-25% 1001-1500 ml.	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91 - 100	80 - 90	Leve
26-35% 1501-2000 ml.	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101 - 120	70 - 79	Moderado
> 35 % > 2000 ml.	Letárgica o inconsciente	Todas las anteriores más llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo

# HEMORRAGIA POSTPARTO

## Acciones

## Observaciones

La hemorragia posparto (HPP), es la pérdida de sangre mayor a 500cc luego de un parto vaginal o mayor a 1000cc después de una cesárea. La HPP masiva es el sangrado mayor a 1000 cc en las primeras 24 hs. del puerperio, también se la define como aquella que produce un descenso mayor o igual al 10 % del hematocrito o si el sangrado se asocia a una inestabilidad hemodinámica

**Clasificación. HPP temprana:** se presenta durante las primeras 24 horas del periodo de posparto generalmente en las primeras 2 horas siendo la más frecuente y grave.

**HPP tardía:** ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto.

**Diagnóstico.** Existe una tendencia a la subestimación de las pérdidas sanguíneas en gestantes.

**Causas.** Hipotonía 70%, desgarros 20%, Retención Restos 9%, Coagulopatía 1%.

### Prevenición de la hemorragia posparto

La ocitocina es la droga de elección en el manejo activo del tercer periodo del parto. Las preparaciones de ergotamina reducen también el riesgo de HPP con un incremento de los efectos adversos y el misoprostol también reduce la probabilidad de HPP y es ideal en aquellos lugares donde no está disponible la ocitocina.

Los componentes del manejo activo del tercer periodo del parto se han modificado ligeramente a la luz de las evidencias sobre los efectos en los recién nacidos y se ha redefinido como manejo perinatal del tercer periodo del parto.

### Manejo perinatal del tercer periodo del parto

Componente	Procedimiento
<b>Administración de uterotónicos y Clampeo de cordón</b>	Administración de: 10 U de ocitocina IM o 0,2 mg de ergometrina (si no hay ocitocina) IM; una vez que haya cesado de latir el cordón umbilical (1 a 3 minutos)
<b>Masaje Uterino</b>	Cada 15 minutos durante las primeras dos horas del puerperio.

## Acciones

## Observaciones

	Acciones	Observaciones
Pedir ayuda	Llamar	Equipo de obstetricia, UCI, anestesiología y enfermería
	Alertar	Banco de sangre y sala de cirugía.
	Transferir	Si se encuentra en un nivel sin la suficiente capacidad resolutoria.
Resucitación	Vías venosas	Colocar 2 vías venosas periféricas percutáneas, calibre 16 -18
	O <sub>2</sub> al 100%	10 -12 litros por minuto con máscara.
	Trendeletburg	Elevación de los miembros inferiores a 30 grados.
	Muestras	Hemoclasificación, pruebas cruzadas, hemograma, pruebas de coagulación: PT, PTT, fibrinógeno, creatinina y electrolitos.
	Trajes compresivos	Especiales para traslados a centros de mayor complejidad.
	Monitoría	Frecuencia cardíaca, tensión arterial, oximetría de pulso y ECG
	Sonda Vesical	Monitoría horaria de la diuresis.
Acceso central	Monitorización de la PVC si está indicado	

Reemplazo de volumen

Sangre

Concentrados de glóbulos rojos. Protocolo de transfusión masiva incluye 4 unidades de glóbulos rojos (2 unidades ORh negativo), 4 unidades de plasma y una aféresis de plaquetas (5 a 8 unidades) disponibles en menos de 15 minutos del inicio del sangrado. **En sangrados mayores de 1500cc**, inestabilidad hemodinámica, iniciar la transfusión con 2 unidades de glóbulos rojos O Rh negativo sin pruebas cruzadas, seguidas por transfusión de glóbulos rojos, plasma y plaquetas, guiada por clínica y por resultados de pruebas de laboratorio. **En pacientes con pérdidas menores de 1500cc** sin signos de inestabilidad hemodinámica, puede considerarse la transfusión con pruebas cruzadas para buscar más compatibilidad, sin embargo debe existir una clara conciencia que esta decisión no debe ser postergada por un periodo no mayor a 30 y 60 minutos. El inicio de la transfusión de plasma está guiado por la presencia clínica de coagulopatía y posteriormente según resultados de pruebas de coagulación.

Evacuación de restos de la placenta y/o membranas



Sutura de desgarros de la vagina, cervix y/o periné

Analgesia para realizar las suturas. Verificar la integridad del esfínter anal y de la uretra. En caso de estallido vaginal con sangrado profuso e incontrolable puede realizarse un empaquetamiento vaginal con mechas vaginales envaseladas para ser retirado entre las 24 y 48 hs posteriores.



**Masaje del fondo uterino. Compresión bimanual del útero:** Utilizar guantes estériles, el puño de una mano se coloca en la vagina presionando la cara anterior del útero, mientras que la otra mano comprime a través del abdomen la cara posterior del útero.



### Medicamentos:

- Ocitocina 10 UI en bolo y continuar con 20 unidades en 1000cc de solución fisiológica a 60 gotas/minuto.
- Metilergonovina amp de 0,2 mg 1 ampolla IM o IV segunda dosis a los 20 min. y después 0,2 mg. cada 2 a 3 horas hasta completar un total de 5 dosis.
- Misoprostol tabletas x 200µcg 4 tabletas intrarrectales.

Manejo de la atonía uterina

Taponamiento uterino: con gasa envaselada o utilizando el catéter de Bakri SOS diseñado específicamente para el tratamiento de la HPP. Se utilizan fundamentalmente para el traslado o como prueba diagnóstica, se pueden dejar hasta 48 hs acompañados de infusión de ocitócicos y antibioprofilaxis.

Considere manejos más avanzados

**Técnica de sutura hemostática uterina (Sutura B-Lynch),** indicado en pacientes con HPP secundaria a atonía uterina. **Compresión vertical** sobre el sistema vascular del útero colocando una ligadura reabsorbibles en la pared anterior y posterior del útero.

**Laparotomía** Ligadura arterial pélvica de arterias uterinas o hipogástricas: recomendadas si fallan los procedimientos menos invasivos y puede ser la primera opción si la HPP se presenta en cesárea.

- Histerectomía: de preferencia total y sin demorar excesivamente la decisión de realizarla ya que retrasos pueden llevar a la muerte de la paciente. La subtotal se puede realizar solo en caso de gran inestabilidad de la paciente.