

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		 Dirección Médica
	Edición: 2	

Hemorragia postparto

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Jose Adáñez, Jose G. Gala,, David Valdés	REVISORES Ana Escudero, Marina Navarro, Catalina Fdez, Ana Paz,	AUTORIZADO Dr. Ferrer
Fecha: 10-9-19		

Hemorragia postparto

Prevención

Solicitar (Cirugía programada* o Reservar) 2 concentrados de hematíes e informar a Anestesia si :**

Cesárea programada*

IPV tras 2 cesáreas anteriores**

Asociación de factores de riesgo (>1)**

Cesárea anterior	Uso prolongado de oxitocina
> 4 partos previos	Segundo estadio prolongado
Historia previa de HPP	Uso de sulfato de magnesio
IMC >35	Corioamnionitis
Hct <30	
Peso fetal estimado > 4 kg	
Gestación múltiple	
Miomas grandes	

Solicitar (Cirugía programada* o Reservar) y avisar a Hematología por Riesgo de Activación Protocolo de Riesgo de Transfusión Masiva**

Placenta previa

Placenta ácreta

Coagulopatía conocida

Plaquetas < 100.000

Sangrado activo

Manejo activo del tercer estadio

Tras la salida del hombro anterior oxitocina 10U/500 ml SF. a 150 ml/h. (I,B)

Otras opciones son:

10 U de oxitocina im. (IA)

Bolo de 5 U/10 SF en 1-2'. No realizar en < de 30".

Carbetocina 100 mcg iv/1 ' si factores de riesgo de HPP (cesárea, gemelar, ...)

Masaje uterino >15"

Si sangrado estimado supera los 500 ml incrementa el flujo hasta control del tono uterino.

Diagnóstico. Activar Código HPP 1 si:

Estimación pérdida de sangre 500-1000ml

Palpitaciones, mareo

FC >110 ó ascenso > 15%

TA <85/45 ó descenso > 15%

O2 sat <95%

Incremento de sangrado durante recuperación o postparto

Perfusión de oxitocina 20 U/500ml SF con flujo acorde a tono uterino .

Avisar a obstetra **75591, 75591, 75377, 75868**, y anestesista **75695**.

Proteger madre y niño

Administración de Ringer lactato

Masaje uterino

Sondaje vesical permanente

Uterotónicos

Methergin 0,2 mg im (si no es HTA se puede utilizar de primera opción)

Misoprostol rectal 4 comp

Hemabate 1 ampolla / cada 15 im

Antifibrinolíticos en atonía refractaria o trauma.

Ácido tranexámico 1 g iv a pasar en 10'. Luego 1 g/8h.

Revisión de cavidad y canal del parto: descartar restos, suturar desgarros y compresión uterina bimanual

TA, pulso, nivel de conciencia, saturación de O2, y estimación de pérdida hemática cada 5'

Reservar 2U CH si no estaban tipadas.

Manta térmica.

Pensar en:

ATONÍA

TRAUMA

RESTOS

EMBOLISMO L.A.

INVERSIÓN UTERINA

COAGULOPATÍA

PLACENTA ÁCRETA

ROTURA UTERINA

Activar código HPP 2

Estimación pérdida de sangre 1000-1500ml

Persisten palpitations, mareo, FC >110, TA <85/45, O2 sat <95%

Asignar persona para comunicación con banco de sangre **39171** y hematólogo. Posibilidad de TR masiva **75331**

Informar a Radiología Intervencionista. Posibilidad de embolización.

Transfusión en función de signos clínicos, no esperar analítica. Trasfundir con urgencia (<2h) y llamar a **39171** (será transfundida en <20')

Reevaluar causa y manejo:

ATONÍA: Hemabate/15' y Balón de Bakri

DESGARRO: sutura con buen campo y ayuda

RESTOS: legrado

CS Y ATONÍA: B Lynch, Balón de Bakri

EMBOLISMO L.A.: intubación, Vasopresores, Productos Sanguíneos

INVERSIÓN: Solinitrina iv 200 UG y reducción

ROTURA UTERINA O HEMATOMA LIG. ANCHO: Signos peores que sangrado

LAPAROTOMÍA

ACRETISMO: Histerectomía

Activar código HPP 3

> 1500 ML

> 2 U de CH

Sospecha de CID

Persisten palpitaciones mareo FC >110, TA <85/45, O2 sat <95%

Hematología: Protocolo de Hemorragia masiva del HUCA ⁴

Asegurarse de presencia de obstetras, anestesistas, hematólogo, radiólogo.

Ordenar Pack de hemorragia masiva CH/PFC (plasma fresco)/PLT

Transfundir sin cruzar si no estaba reservada antes

Transfusión agresiva si > 1500 ml de hemorragia

RATIO 6:4:1 ó 4:4:1 CH/PFC/PLT

Realizar inmediatamente y repetir cada 30'-60', hemograma, fibrinógeno, coagulación

Anestesia: gases arteriales, PVC, vasopresor, intubación

Matrona: anunciar estimación acumulada cada 5-10'

Aplicar compresión progresiva de extremidades

Pensar en:

Embolización selectiva

Intervenciones basadas en etiología

Ligadura de uterinas o histerectomía

r-FVIII: si la coagulación no mejora tras 8 unidades

ANEXO 1: UTEROTÓNICOS

FÁRMACO	DOSIS	VÍA*	POSOLOGÍA	EFFECTOS 2 ^a	PRECAUCIONES
OXITOCINA Syntocinon®	10-40UI	IV.	(SF 0,9% a >150ml/h)	POCO FRECUENTES - Efecto antidiurético (riesgo edema cerebral o pulmonar) - Nauseas, vómitos - Si rápido: Hipotensión súbita, arritmia, parada.	- Neumopatía, cardiopatía, nefropatía, hepatopatía activa.
METILERGOMETRINA Methergin®	0,2mg	IM	/2-4h (Máx 5 dosis). Si no responde no repetir	- Crisis HTA - Vasoespasmo - Nauseas y vómitos	- HTA, cardiopatía o f.riesgo cardiovasc - Nefropatía, hepatopatía. - Infección sistémica.
CARBOPROST (15-methyl PGF _{2α}) Hemabate®	0,25mg	IM IMM	/15min - 90min. Máx 2mg (8 dosis)	- Broncoespasmo - Diarrea, nauseas y vómitos - HTA o hipotensión - Fiebre - Cefalea, rubefacción	- Neumopatía, cardiopatía, nefropatía, hepatopatía activa. - EIP - CI relativas: HTA, glaucoma, asma bronquial. - Epilepsia
MISOPROSTOL (PGE ₁) Cytotec®	800µg	VR	/2-6h	- Fiebre - Diarrea, nauseas y vómitos.	Asma
Carbetocina	100 ug	iv en 1'	única	Menor efecto antidiurético que oxitocina	Similar a oxitocina

ANEXO 2: Peticiones de Transfusión

Escenario	Petición
CS electiva	cirugía programada
Parto de riesgo	Reserva 48 h
HPP I	Reserva 48 h //llamar 39171
HPP II	Trasfundir Urgencia < 2h//llamar 39171
HPP III no reservada	Sin cruzar (0 -)/llamar 39171
Posterior a HPP	Normal (< 8h)

ANEXO 2 : Protocolo de transfusión en pacientes con hemorragia masiva (Hematología)

Transfusión de Componentes Sanguíneos

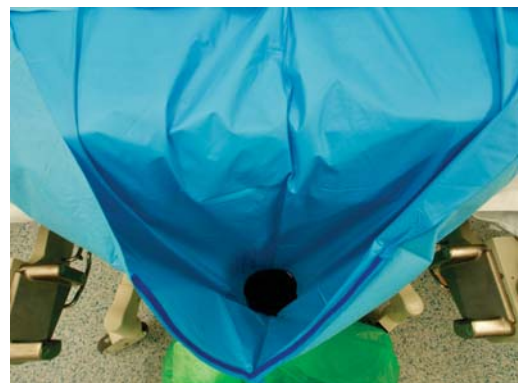
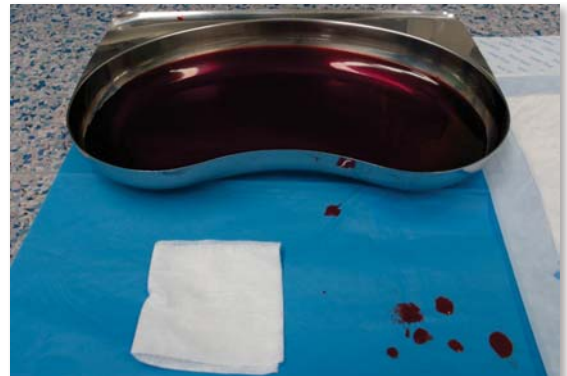
Se seguirán las mismas recomendaciones de actuación que para el resto de HM excepto en los siguientes puntos:

- ✓ Aporte de CHD para mantener cifras de Hb entre 7-9 g/dl.
- ✓ Mantener niveles de fibrinógeno > 2g/L mientras se mantenga una HPP, incluso con TP y APTT normales, mientras exista sangrado activo.
- ✓ Transfundir plaquetas si recuento < 75.000x10⁹/L, basándonos en datos del laboratorio.
- ✓ Si la hemorragia progresa y no disponemos de resultados de coagulación, tras 4CH, se deben transfundir 4 PFC y mantener el ratio 1:1 hasta tener resultados.
- ✓ Si tras haber recibido 8 CH y 8 PFC, seguimos desconociendo los datos de laboratorio, se recomienda transfundir 2 pool de crioprecipitado (50 mg/Kg de fibrinógeno) o fibrinógeno comercial a 50 mg/kg (esta indicación debe ser firmada y aprobada por Hematología). Además debe administrarse 1 pool de plaquetas.
- ✓ *En cuanto se disponga de resultados de Laboratorio y/o Rotem, estos deben guiar las decisiones terapéuticas transfusionales y hemostáticas.*

Producto	Indicación
CH	De primera linea Mantener Hb >7
Plasma fresco	Si > 3 U CH Fibrinógeno > 2 g/l ml TP prolongado (x1,5)
PLT	PLT < 75.000
Crioprecipitados	Tras 8 CH y 8 PF y se desconocen datos de laboratorio Fibrinógeno < 200 mg/dl CID que no requiere CH
Nomoseven	Ausencia de respuesta a tratamiento. Requiere pH >7,2, T°C > 34, fibrinógeno > 200, PLT>50.000.

ANEXO 3: ESTIMACIÓN DE PÉRDIDA DE SANGRE

500 ML



1000 ML



1500 ML



100 ML



Bibliografía

1. Bingham, D., Melsop, K., Main, E. (2010). CMQCC Obstetric Hemorrhage Hospital Level Implementation Guide. The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC). Stanford University, Palo Alto, CA.
2. SGOC. No. 235-Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(12):e841–e855
3. SEGO. Protocolos asistenciales. Hemorragia postparto precoz
4. Comisión Clínica de Transfusión y Hemoterapia del HUCA. Protocolo de Actuación en Pacientes con Hemorragia Masiva. Disponible en [www. HUCA.es](http://www.HUCA.es)