

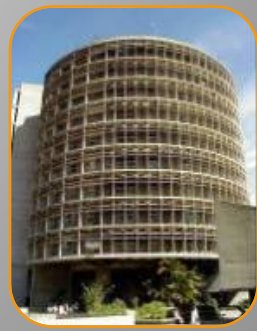


**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
SERVICIO DE OBSTETRICIA**

# **PREVENCION DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO**

**Dr. Germán E. Chacón V.**

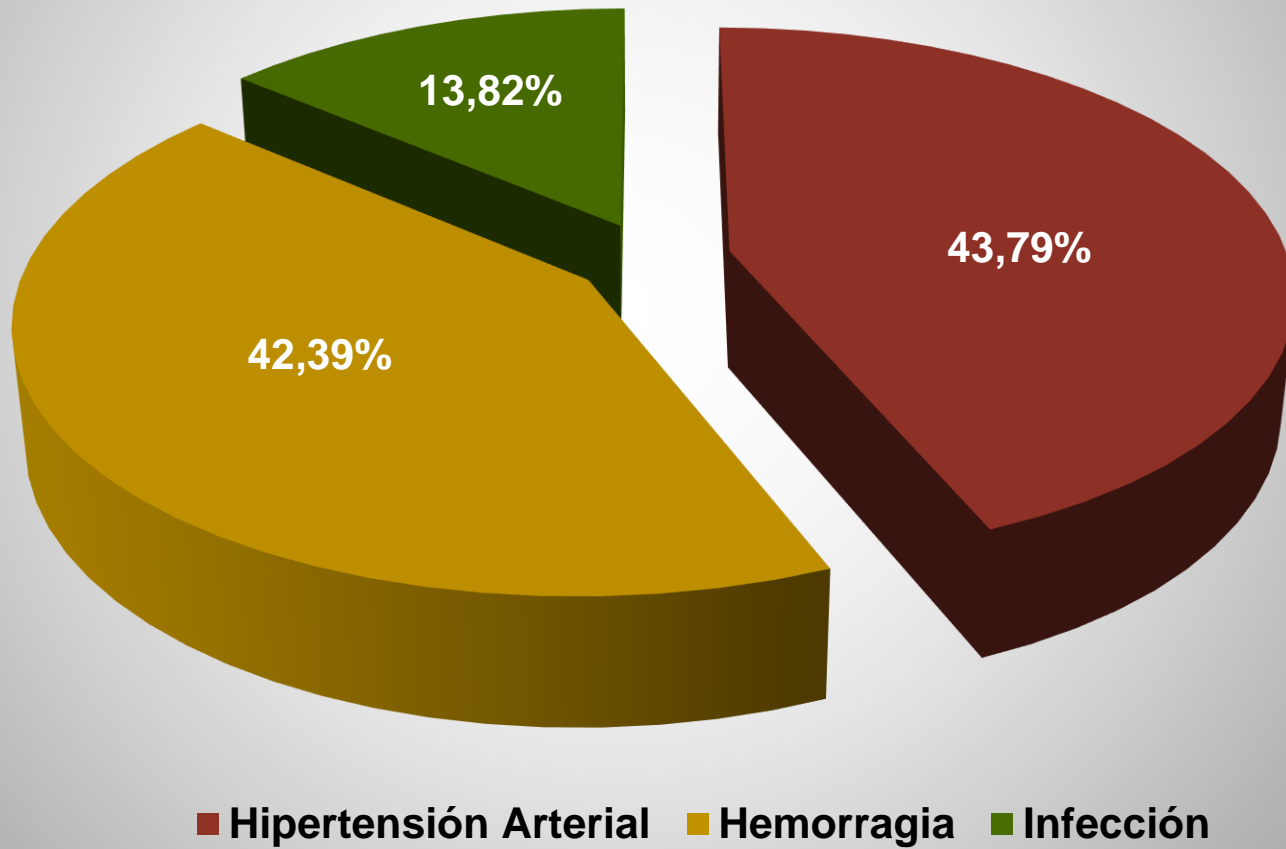
**Gineco-Obstetra  
Profesor**



# Mortalidad Materna

## Muerte Obstétrica Directa

### IAHULA. 2.001 – 2.012



# CONCEPTOS SOBRE SANGRADO MASIVO EN OBSTETRICIA

- **Descenso de la hemoglobina >4g/dl**
- **Requerimiento transfusional agudo mayor a cuatro unidades**
- **Sangrado activo y continuado que amenace la estabilidad hemodinámica de la paciente (usualmente mayor, pero no excluyente, a 1000-1500 ml)**

# FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

<b>Factores anteparto</b>	Edad materna avanzada, cesárea previa, DPPNI, placenta previa, acretismo placentario, diabetes
<b>Factores intraparto</b>	Cesárea urgente, retención placentaria, antecedentes de atonía, técnica de cesárea
<b>Otros factores</b>	Embarazo múltiple, cesárea programada, preeclampsia, obesidad, fetos grandes, partos prolongados e inducidos, corioamnionitis, anemia, técnica toco/quirúrgica y experiencia del médico

# LA HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP)

- **Complica hasta el 18% de todos los partos**
- **Causa alrededor del 25-30% de todas las muertes maternas**
- **Conduce a una histerectomía en 0.35 de cada 1.000 partos**
- **La hemorragia postparto ocurre en dos tercios de pacientes sin factores de riesgo identificables**

# PREVENCION DE LA HPP

- **Manejo activo del tercer periodo del parto (AMTSL)**
- **Oxitocina: 10 UI EV inmediatamente después del nacimiento del producto**
- **Alumbramiento mediante el masaje del fondo uterino y la tracción controlada del cordón umbilical**
- **Suturar correctamente los ángulos de la incisión perineo/vaginal**



**DECLARATION OF  
SUPPORT  
FOR FIGO/ICM GLOBAL  
EFFORT  
TO PREVENT POST-PARTUM  
HAEMORRHAGE  
2012**

**El manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto debe ser ofrecido a todas las mujeres, ya que reduce la incidencia de hemorragia postparto debido a la atonía uterina**

# MANEJO INICIAL

- **Actuación inmediata y secuencial**
- **Disponer de un plan de acción previamente establecido**
- **El médico ha de ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es exitosa o por el contrario insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible**



# MANEJO INICIAL

- **Mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente.**
- **Iniciar rápidamente infusión de cristaloides o coloides.**
- **La transfusión sanguínea es para reemplazar factores de coagulación y glóbulos rojos para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno, no para reemplazar volumen**
- **Para evitar coagulopatía dilucional puede requerirse reemplazo concomitante de factores de coagulación y plaquetas**

# ATONIA UTERINA

## MANEJO MEDICO CON UTEROTONICOS

- **Oxitocina:** Es la terapéutica de primera elección en la actualidad. Es conveniente mantener la perfusión durante las siguientes 4-6 horas para mantener la eficacia
- **Metilergonovina:** Contraindicado en HTA (y por tanto preeclampsia). Normalmente se usa como coadyuvante de la oxitocina en caso de que ésta fuera insuficiente
- **PG F2 alfa:** Contraindicado en asma, enfermedad hepática o cardiaca
- **Carbetocina:** Se trata de un análogo sintético de la oxitocina, pero de vida media más larga, por lo que su rango de acción es más prolongado (>1 hora).

# FIGO RECOMENDACIONES EN DROGAS PARA TRATAMIENTO DE LA HPP

**Oxitocina:** 10 UI IM o 5 IU IV o 20-40 UI IV en infusión

**Misoprostol:** 600 mcr SL D.U. (Profilaxis). 800 mcg SL D.U. (Tratamiento)

**Ergometrina o metilergometrina:** 0,2 mg IM c/2-4 h con un máximo de 5 dosis (1mg) por 24 horas

Sintometrina 1 ampolla IM

Carbetocina 100 mcg IM o IV en 1 minuto

Carboprost 0,25 mg IM c/15 min (máx. 2 mg-8 dosis )

**MUCHAS GRACIAS**

**Espero sus preguntas**

**gerchavi@gmail.com**