

## BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA

### DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA

### ATENCIÓN PRIMARIA

## LA HEMORRAGIA POSTPARTO

### 1. INTRODUCCIÓN:

La hemorragia es la principal causa de muerte materna en el mundo. Dentro de las hemorragias, la gran mayoría ocurre en las primeras 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente de sangrado excesivo.

La OMS estima en 150.000 el número de muertes anuales por hemorragia postparto (HPP) en el tercer mundo, mientras que en España la mortalidad materna se estima en 7,15 mujeres por cada 100.000 nacimientos vivos. Supone el 5 – 15% de las complicaciones en el parto.

El periodo que sucede al nacimiento del bebé y a las primeras horas del postparto son cruciales en lo que se refiere a la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado.

La hemorragia suele ser manejada con atención obstétrica básica y esencial, pero cualquier retraso puede acarrear complicaciones mayores.

En ocasiones, nos podemos encontrar un parto inminente tanto extrahospitalario como intrahospitalario fuera del área de parto (urgencias, otras plantas, etc.), así como púerperas en planta; en estos casos debemos estar alerta pues puede originarse con más probabilidad una hemorragia postparto que nos plantee actuar eficaz y rápidamente para evitar complicaciones mayores. Por ello resulta básico e importante conocer las pautas de actuación más eficaces y actuales que se proponen en la obstetricia.

### 2. DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO:

Según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) la hemorragia postparto se debe definir como aquel sangrado vaginal > 500 cc tras un parto vaginal o > 1000 cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la gestante.

### 3. ETIOLOGÍA:

La causa más común de la HPP precoz (primeras 24 horas) sería la atonía uterina (útero no contraído), implicada en más de la mitad de los casos. Pero pueden existir otras causas como expulsión incompleta de la placenta, desgarros vaginales o cervicales, rotura o inversión uterina y alteraciones de la coagulación.

### 4. PREVENCIÓN:

Está demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de la HPP precoz en más de un 40%, por ello se debe aplicar de forma sistemática en todos los partos del siguiente modo:

- Antes de cualquier actuación preguntar a la gestante si la gestación es múltiple o, tras la salida del bebé, explorarla abdominalmente por si presentara otro bebé.
- Si presenta gestación múltiple no realizar manejo activo hasta que salga el último bebé.
- Una vez que sale el bebé, administrar 10 unidades de oxitocina (Syntocinon®) por vía IM o bien 5 unidades IV en bolo lento.
- Realizar el corte del cordón umbilical, tras el cese del latido.
- Comprobar la contracción uterina, si está contraído continuar, si no esperar o realizar un suave masaje del útero hasta que se contraiga.
- Realizar una tracción suave o tensión controlada del cordón umbilical y al mismo tiempo con la mano dominante realizar una contracción del útero, colocando la mano por encima de la sínfisis del pubis, presionando en dirección hacia el ombligo de la madre.
- Si tras realizar la tracción nos encontramos resistencia esperar 30 ó 40 segundos y comenzar el proceso de nuevo.
- Al final observaremos como la placenta sale por la vagina con el mínimo de resto sanguíneo.

- Comprobar la integridad de la placenta y el mantenimiento de la contracción uterina, presionando el fondo uterino.
- Debido a que la oxitocina tiene una vida media corta se aconseja la administración posterior de 10 ó 15 unidades de oxitocina en 500 cc suero Ringer o Fisiológico a dosis de 125 ml/h para evitar hemorragias secundarias.

## 5. TRATAMIENTO:

Tanto si se realiza el manejo activo preventivo en el alumbramiento como si no, y nos encontramos con una HPP ya instaurada, el procedimiento físico y farmacológico será:

- Valorar constantes vitales.
- Valorar contracción uterina y altura uterina (debe estar dos dedos por debajo del ombligo).
- Si poca contracción y altura uterina más allá dos dedos debajo del ombligo, masaje uterino circular y compresión del mismo para expulsar posibles coágulos retenidos (Maniobra de Credé).
- Sondaje vesical permanente.

- Establecer vía venosa de calibre adecuado: 18 ó 16 G.
- Comenzar con la reposición rápida de fluidos: ringer lactato o suero salino fisiológico.
- Administración de medicación:
  1. Oxitocina (Syntocinon®): 10 unidades IM (ampolla completa) ó 5 unidades IV en bolo lento (si hemos realizado manejo activo descartar).
  2. Metilergometrina (Methergin®): 0,25 mg IM (ampolla completa) ó 0,125 mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Previamente valorar tensión arterial, y si mayor o igual a 140/90 mmHg, descartar, ya que la aumenta.
  3. Misoprostol: Prostaglandinas E1 (Cytotec®) a dosis de 800 mcg (4 pastillas) por vía rectal es un fármaco de mayor efectividad que la oxitocina y el Methergin®. A pesar de que no figure en su ficha técnica, existe una revisión sistemática que justifica su utilización y además no requiere refrigeración al contrario que los dos medicamentos expuestos anteriormente.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Revista Out Look. Título: "Prevención de la hemorragia postparto: Manejo del periodo del parto" Salud Materna y Neonatal. Edición especial. Volumen 19. Número 3. Abril 2002.
- OMS. Reducir la mortalidad materna. Declaración común.
- OMS/FNUP/UNICEF/ Banco Mundial 1999.
- SCOG Clinical Practice Guidelines. Prevention and management of postpartum haemorrhage. J Soc Obstet Gynecol. 1991.
- Protocolo de la S.E.G.O. Hemorragia postparto precoz. Actualizado 2006.
- Peña Martí G., Comunian Carrasco G. Presión del fondo uterino versus tracción controlada del cordón como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto. Revisión Cochrane Plus. 2007.
- Güelmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto. Revisión Cochrane Plus. 2007.
- Prendiville WJ, Elbourne D, Mac Donald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. Revisión Cochrane Plus. 2000.

## AUTOR:

Matrona D. Luciano Rodríguez Díaz

## Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta que desee publicar algún artículo.

## COLABORADORES:

Matrona D<sup>a</sup> Juana M<sup>a</sup> Vázquez Lara  
Matrona D<sup>a</sup> Ana Toro Galán



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA  
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.  
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA  
Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://www.060.es>  
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO:356-09-001-9