Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes

Adaptación del Diagrama de Flujo de la Atención de la Hemorragia Obstétrica, INPer

Consulta externa

Momento de la admisión

Identificar a las pacientes con factores de riesgo: placenta previa/acreta, trastornos del sangrado, o aquellos que se niegan a recibir hemoderivados.

Tamizar a todas las Admisiones para el riesgo de hemorragia: bajo riesgo, riesgo medio y alto riesgo

Riesgo bajo
Sin invasión uterina
Embarazo único
<5 partos
Sin trombofilias
Sin antecedente de HPP

Riesgo medio
Incisiones uterinas
Embarazo múltiple
5 partos o más
Corioamnioitis
Antecedentes HPP
Miomatosis Uterina
PF > 4kg
Obesidad Morbida
IMC > 35

Riesgo alto
Placenta previa o inserción baja
Placenta acreta
Hto < 30%
Plaquetas < 100,000
Sangrado activo
Transt. de coagulación conocidos

Verificar grupo y Rh, 2PG disponibles
Alto riesgo de hemorragia: 2 PG cruzados
- Activar código de emergencia
- Equipo mas experto, terapia intensiva, sangre
- En casos de riesgo extremo planificar fase 3

Fase 0: Todos los nacimientos

Todas las mujeres reciben manejo activo del 3er periodo
Infusión de oxitocina IV o 10 unidades IM
Masaje del fondo uterino vigoroso durante 15 segundos como mínimo
Alumbramiento dirigido

Evaluación continua: Cuantificación de la pérdida sanguínea y signos vitales

Pérdida de sangre acumulada
> 500 ml V; > 1000 ml C
> 15% cambios en SV -o-
FC ≥110, TA ≤85 / 45
Sat O2 <95%,

NO → Manejo posparto estándar Masaje fúndico

INCREMENTO DEL SANGRADO

SI

Pérdida sanguínea: > 500 ml V > 1000 ml C

Fase 1 Activar el protocolo de hemorragia

Activar el protocolo de hemorragia
PEDIR AYUDA

Soluciones cristaloides tibias en carga (2 vías); prevenir hipotermia
Ergonovina 0.2 mg IM (sin hipertensión) y/o
Carbetocina 100mcg
Continuar el masaje del fondo uterino; vejiga vacía
Administrar O2 para mantener sat > 95%
Descartar retención de placenta, laceración o hematoma (identificar 4t´s)

Solicitar Tipo y prueba cruzada 2 Unidades PG si no lo ha hecho

SI

Continúa sangrando abundante

NO → Aumento de la vigilancia post-parto

Evaluación en curso de la pérdida de sangre acumulada

Pérdida sanguínea: 1000 – 1500 ml

Fase 2 Avance secuencial a través de medicamentos y procedimientos

CAUSA ESPECÍFICA

Nacimiento vaginal:
Maniobras de contensión: compresión aórtica, uterina ó pinzamiento de arterias uterinas
Retención Placentaria: Dilatación y legrado
Segmento bajo/ Zona de implantación/atonía: balón intrauterino
Laceración / Hematoma: Empaquetamiento, reparación según se requiera; considerar embolización

Cesárea:
Atonía: B-Lynch Sutura / Balón intrauterino
Hemorragia continua: ligadura de la arterias uterinas, arterias hipogástricas

PEDIR AYUDA
Administrar medicamentos: Carboprost 250mcg IM ó Misoprostol 800 – 1000 mcg Rectal

Transfundir 2 Unidades PG por signos clínicos
No espere los resultados de laboratorio
Considere la posibilidad de descongelación 2 Unidades PFC

Aumento de la vigilancia post-parto

Pérdida sanguínea: ➢ 1500 ml

Fase 3 Activar protocolo de hemorragia masiva

Pérdida de sangre acumulada
> 1500 ml, 2 unidades administradas, signos vitales inestables

NO → Aumento de la vigilancia post-parto

Activar el protocolo de Hemorragia masiva
Movilizar al equipo de hemorragia masiva
TRANSFUNDIR AGRESIVAMENTE
PG: PFC: PL → 4:4:1

Coagulopatía que no responde:
Después de 10 Unidades PG y reemplazo de factores de coagulación completa, puede considerar rFactor VIIa

Considerar UCI; aumento de la vigilancia post-parto

Fertilidad fuertemente deseada

SI → **Cirugía conservadora**
Sutura B-Lynch/balón intrauterino
Ligadura de la arteria uterina
Ligadura de la Hipogástrica (cirujano experimentado solamente)
Considerar embolización

NO → **Cirugía definitiva** Histerectomía

HEMORRAGIA CONTINUA

CONTROLADA