



CONTENIDO

- 1 [Introducción](#)
- 2 [Definición](#)
- 3 [Clasificación](#)
- 4 [Factores de riesgo](#)
- 5 [Causas de hemorragia posparto](#)
- 6 [Cuadro clínico](#)
- 7 [Prevención de la hemorragia posparto](#)
- 8 Manejo de la hemorragia posparto
 - 8.1 [Medidas generales inmediatas y trabajo en equipo](#)
 - 8.1.1 [Diagnóstico de sangrado vaginal después del parto](#)
 - 8.2 [Medidas Específicas](#)
 - 8.2.1 [Atonía Uterina](#)
 - 8.2.2 [Rotura uterina](#)
 - 8.2.3 [Laceraciones y desgarros](#)
 - 8.2.4 [Retención de placenta](#)
 - 8.2.5 [Retención de restos placentarios](#)
 - 8.2.6 [Inversión Uterina](#)
 - 8.3 [Uso de medicamentos](#)
- 9 [Hemorragia posparto tardía](#)
- 10 [Criterios de alta](#)
- 11 [Control posterior](#)

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un indicador de disparidad social y económica. Cada año en todo el mundo mueren cerca de 600,000 mujeres, entre 15 y 49 años, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Entre las causas principales destacan: hemorragia posparto (25 %), sepsis (15%), eclampsia (12 %) y labor prolongada o detenida (8 %).¹

En el Perú, la tasa de la mortalidad materna, por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es de 242 x 100,000 nacidos vivos²; una de las más altas de América Latina, después de Haití y la probabilidad de morir es dos veces mayor en el área rural que en la urbana.³

Disponer de información independiente y evaluada sobre la prevención y el manejo de la hemorragia posparto que contribuya a la actualización de los profesionales de la salud que atienden el parto, permitirá adoptar criterios más adecuados.

En ese sentido, la presente "Guía de Prevención y Manejo de la Hemorragia Postparto" tiene por objetivo mejorar la calidad de atención en el parto, reducir la morbimortalidad materna a causa de la hemorragia posparto y mejorar la calidad de vida de las madres y de los niños y niñas de nuestro país.

¹ Anónimo. Reduction of maternal mortality. Ajoint WHO/UNFPA/UNICEF/WorId Bank Statement. Worid Health Organization. Ginebra 1999.

² Boletín Informativo. Dirección de Atención a las Personas. Ministerio de Salud. 2001

³ Ministerio de Salud Semana de la Maternidad Saludable y Segura. 2000.

2. DEFINICIÓN

Se define la hemorragia posparto (HPP) como la pérdida sanguínea de 500 mL. o más en las primeras 24 horas después del parto o el descenso del hematocrito en un 10 % o más.

3. CLASIFICACIÓN

HPP Inmediata.- Pérdida sanguínea de 500 mL. o más originada en el canal del parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.

HPP Tardía.- Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto y el final del puerperio (42 días).

4. FACTORES DE RIESGO

Se han descrito los siguientes factores de riesgo para la HPP:

- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Macrosomía
- Trabajo de parto disfuncional
- Gran multiparidad
- Corioamnionitis
- Uso inadecuado de oxitócicos
- Endometritis en el puerperio
- Púrpura trombocitopénica
- Anestesia general
- Administración previa y reciente de inhibidores uterinos
- Placenta previa
- Enfermedad de von Willebrand
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Acretismo placentario

5. CAUSAS DE HEMORRAGIA POSPARTO

A continuación se listan las causas más frecuentes de HPP. Según su origen, se dividen en uterinas y no uterinas:

Uterinas	No Uterinas
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotonía o atonía uterina • Retención de placenta o restos placentarios o membranas • Placentación anormal (acretismo) • Inversión uterina • Traumatismo uterino (rotura uterina, desgarro cervical) 	<ul style="list-style-type: none"> • Laceraciones del canal del parto, incluyendo la episiotomía • Coagulopatías • Hematomas

6. CUADRO CLÍNICO

La HPP se caracteriza por los siguientes signos y síntomas:

- Sangrado transvaginal de moderado a grave.
- Útero flácido (no contraído) o desgarros.
- Alteraciones hemodinámicas que se manifiestan como: mareos, sudoración, náuseas, taquicardia y/o hipotensión arterial.
- Oliguria.
- Útero nacido (no contraído).

Al considerar la HPP, deben diferenciarse dos tipos de situaciones: la prevención orientada a minimizar la probabilidad de que una mujer presente hemorragia tras el parto (véase el [Apartado 7](#)) y el manejo o tratamiento de la hemorragia, cuando ésta ya se haya producido (véase el [Apartado 8](#)).

7. PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

Se distinguen dos situaciones distintas: la prevención en mujeres SIN factores de riesgo conocidos y mujeres CON factores de riesgo. La mayoría de factores de riesgo (véase el [Apartado 4](#)) se habrán identificado en el control prenatal. Cuando existe uno o más factores de riesgo, se debe atender el parto en un centro hospitalario, lugar donde existen los recursos para responder a cualquier emergencia. Se debe recordar que toda mujer gestante que ingrese en el período de parto se reevaluará para buscar factores de riesgo.

La evaluación de riesgos en la etapa pre-natal no permite pronosticar con eficacia qué mujeres sufrirán HPP. pero sí prevenir el nivel de atención

El manejo activo del tercer periodo debe practicarse en todas las mujeres en trabajo de parto, ya que reduce la incidencia de la hemorragia causada por atonía uterina.

Al ingreso se recomienda:

- Canalizar una vía con catéter intravenoso N° 18.
- Revisar los datos analíticos básicos; sino están actualizados, realizarlos: hematocrito, tipo sanguíneo y factor Rh.
- Control de presión arterial, frecuencia cardiaca materna y fetal.
- Atención por parte del médico, por tratarse de una paciente de riesgo.
- En pacientes de riesgo además:
 - Pruebas cruzadas
 - Verificar si hay stock en banco de sangre

Durante el parto se recomienda:

- Primer y segundo período. Seguir las indicaciones para el manejo de un parto normal.
- Tercer período: **Manejo activo** que consiste en:
 - pinzamiento y sección inmediata del cordón umbilical;
 - tracción controlada del cordón;
 - administración de oxitocina (10 UI, vía endovenosa), inmediatamente después del alumbramiento y la verificación de que no existe otro feto (véase otras dosis en la [Tabla N° 2](#))
 - control periódico de las constantes maternas (presión arterial y frecuencia cardiaca)

Signos de alerta. Habrá que prestar especial atención cuando se detecte alguno de los signos siguientes:

- Hemorragia vaginal anormal. Tratarla como HPP (ver [Apartado 8](#)).
- No contracción del útero (atonía) .
- Taquicardia.
- Hipotensión materna.
- Palidez.

8. MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

Cuando se atiende a una mujer que presenta hemorragia tras el parto, se recomienda considerarla como una **emergencia grave**. El éxito terapéutico depende de:

- un diagnóstico rápido (revisión del útero y del canal del parto)
- correcta identificación de la causa
- aplicación de las medidas terapéuticas generales, y
- solución de la causa que produce la HPP.

8.1 Medidas generales inmediatas y trabajo en equipo

Las medidas generales que se recomiendan para toda mujer que presente un HPP son:

- abrir vía endovenosa (catéter intravenoso N° 18. NaCl 0.9 %, 400 mL a chorro y evaluar respuesta);
- manejo de la hipovolemia: administración de cristaloides/ coloides;
- mantener las vías aéreas permeables;
- sondaje vesical (una vejiga llena puede ser por sí sola causa de una atonía uterina);
- masaje uterino;
- si no hay contracción, administrar oxitocina de forma secuencial;
- revisar el útero y el canal vaginal;
- evacuación de coágulos uterinos y restos membranosos;
- transfusión sanguínea o hemoderivados según los resultados de los exámenes de laboratorio (los umbrales para el tratamiento vienen determinados por valores de hemoglobina / hematocrito < 7-0 g./ 21 %)

- evaluación de los factores de coagulación
- control de las funciones vitales y sangrado vaginal, durante y posterior a la solución del problema;
- uso prudente de antimicrobianos (profilaxis o tratamiento) en forma secuencial.

Cuando la atención se lleva a cabo en el primer o segundo nivel, se puede realizar taponamiento endouterino hasta el traslado de la paciente a un nivel superior para el tratamiento definitivo.

8.1.1. Diagnóstico de sangrado vaginal después del parto

El diagnóstico de la causa que produce sangrado vaginal es el primer paso para poder tratar con éxito la HPP. En Tabla N° 1 se resumen las manifestaciones, los signos y síntomas más frecuentes y su posible causa.

Tabla N° 1

Manifestaciones iniciales	Signos y síntomas ocasionales	Diagnóstico probable
<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata • Útero blando y no contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión o shock 	<ul style="list-style-type: none"> • Atonía uterina
<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta íntegra • Útero contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarro de cuello uterino, vagina o perineo
<ul style="list-style-type: none"> • No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP^a inmediata • Útero grande 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de placenta
<ul style="list-style-type: none"> • Placenta incompleta 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP^a inmediata • Útero no contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de fragmentos placentarios
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor leve o intenso • HPP^b inmediata • Shock neurogénico 	<ul style="list-style-type: none"> • No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal • Inversión uterina visible o no en la vulva o en vagina 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión uterina
<ul style="list-style-type: none"> • Se produce sangrado más de 24 horas después del parto • Subinvolución uterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) y de mal olor. Fiebre o no. • Anemia (palidez, mareos, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP tardía. Descartar retención de restos y endometritis.
<ul style="list-style-type: none"> • HPP^a inmediata (el sangrado es intrabdominal y/o vaginal). • Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso materno rápido • Abdomen sensible • Palidez • Shock 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura uterina

HPP: hemorragia posparto.

^a El sangrado puede ser leve si hay un coágulo que bloquea el cuello uterino o si la mujer está acostada de espaldas.

^b Puede no haber sangrado con la inversión completa.

8.2. Medidas Específicas

Además de las medidas generales señaladas anteriormente, existen algunas medidas específicas en función de la causa de la HPP.

8.2.1. Atonía Uterina

- a) Compresión bimanual externa.
- b) Masaje uterino combinado (endouterino y abdominal).
- c) Medicamentos: uso de oxitócicos.
- d) Evacuación uterina de coágulos.
- e) Transfusión de sangre o hemoderivados.
- f) Evaluar factores de coagulación.
- g) De persistir el cuadro clínico, proceder a:
 1. Ligadura de arteria uterovárica.
 2. Sutura de las paredes uterinas (puntos de colchonero).
 3. Sutura de Lynch.
 4. Ligadura bilateral de arterias hipogástricas.
 5. Histerectomía abdominal subtotal.
 6. Histerectomía abdominal total.
- h) Hemoglobina - hematocrito control seriado.

8.2.2. Rotura uterina

- a) Diagnóstico por descarte.
- b) Si la hemorragia es excesiva se pasa a laparotomía.
- c) El tratamiento (tipo de cirugía) depende de la extensión de la rotura, su localización, estado
- d) del paciente y necesidad de preservar el futuro obstétrico.

8.2.3. Laceraciones y desgarros

- a) Medidas generales para el control de la hemorragia.
- b) Revisión de canal del parto con valvas vaginales.
- c) Proceder a la sutura correspondiente al tipo de lesión
- d) Si es un hematoma: Debridación y sutura.

8.2.4. Retención de placenta

- a) Pasar a sala de operaciones. Realizar la extracción manual de placenta y luego su revisión.
- b) Realizar legrado uterino y revisión del canal vaginal y cuello uterino.
- c) Realizar legrado instrumental y revisión de canal vaginal y cuello uterino.
- d) Si a pesar de este procedimiento la placenta no se desprende, se trata de una placenta acreta que requiere tratamiento quirúrgico de inmediato, de preferencia histerectomía abdominal sub-total, en caso de extrema gravedad.

8.2.5. Retención de restos placentarios

- a) Pasar a la sala de operaciones.
- b) Realizar la revisión de canal y la cavidad uterina.or minuto.
- c) Legrado uterino.

8.2.6. Inversión Uterina

- a) Medidas generales para la hemorragia posparto, controlar dolor.
- b) Pasar a sala de operaciones para realizar restitución.
- c) Realizar comprensión y masaje manual uterino hasta que esté bien contraído y la hemorragia haya cesado.
- d) Simultáneamente, administrar oxitócicos luego de la restitución.
- e) De no lograrse restitución, proceder a laparotomía para restitución vía abdominal.
- f) Necrosis: histerectomía vaginal.

8.3. Uso de medicamentos

En la prevención y el manejo de la HPP se utilizan fármacos que actúan sobre la musculatura uterina⁴, En la tabla siguiente (Tabla N° 2) se describen algunas de las características de uso de oxitocina y ergometrina (ergonovina) / metilergometrina, en el postparto.

Tabla N° 2

Uso	Oxitocina	Ergometrina
Dosis y vía de administración	IV: Administrar 20-30 UI /Litro de NaCl 0.9 % a 60 gotas x minuto	IM: 0.2mg
Dosis continua	IV: Administrar 20 UI en i Litro de NaCl 0.9 % a 40 gotas x minuto	Repetir 0.2 mg después de 15 min. Si se requiere administrar 0.2 mg IM (lentamente) cada 4 horas.
Dosis máxima	No más de 3 Litros de líquidos IV que contengan oxitocina	5 dosis (un total de 1 mg)
Precauciones y contraindicaciones	Uso sólo por personal entrenado. Nunca administrar en bolo grande.	Preeclampsia. Hipertensión, cardiopatía
Reacciones adversas	Náuseas y vómitos. Raramente: Afibrinogenemia. Hematoma pélvico, dolor abdominal, arritmias, hipotensión. taquicardia, ruptura uterina, intoxicación hídrica.	Náuseas, vómitos y calambres uterinos. Infrecuentes: Bradicardia, vasoespasmo coronario, dolor abdominal, diarrea, vértigo, cefalea, congestión nasal.diaforesis, tinnitus, disgeusia. Raramente: shock anafiláctico, arritmias ventriculares, disnea, hipertensión transitoria. infarto agudo de miocardio, vasoespasmo periférico, paro cardiorrespiratorio.

Nota: La **ergometrina** (ergonovina) requiere conservación en frío y protección de la luz solar directa. Hay estudios que demuestran una reducción de la eficacia de la ergometrina en climas tropicales debido a una conservación inapropiada^{4,5}

⁴El Equipo del Instituto Materno Perinatal considera incluir al Misoprostol (800-1000 mcg transrectal) en su listado de medicamentos como un alternativa cuando no hay respuesta a Oxitocina o Ergometrina. Se recomienda revisar evidencias científicas.

⁴ Hogerzeil HV. Walker GJA. Instability of (methyl) ergometrine in tropical climates. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996;69:25-9.

⁵ Figueras A. MD. Narváez F. MD. Laporte JR MD. Use of ergometrine in tropical climates: the complex equilibrium between information, tradition, Knowledge and access to drugs. The Lancet Vol. 363. March 20. 2004 pp. 989

9. HEMORRAGIA POSPARTO TARDÍA

Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que tiene lugar entre las 24 horas posteriores al parto y el final del puerperio (42 días).

Su tratamiento consiste en:

- a) Extracción de restos por legrado uterino en sala de operaciones.
- b) Tratamiento de la anemia: hierro oral + ácido fólico.
- c) Tratamiento de la infección: antibioticoterapia apropiada.
- d) Tratamiento de las enfermedades hematológicas o coagulopatías.
- e) De persistir cuadro infeccioso que lleve a sepsis, posible histerectomía.

10. CRITERIOS DE ALTA

Con el fin de evitar complicaciones, se recomienda que antes de dar de alta se verifiquen los siguientes aspectos:

- a) compensación hemodinámica;
- b) controlar hemoglobina;
- c) control del sangrado e involución uterina;
- d) que no presente signos de infección o signos de alarma (sangrado, fiebre, etc.).

11. CONTROL POSTERIOR

Tras el alta hospitalaria, se recomienda:

- a) cita a los 7 días;
- b) control de peso y presión arterial;
- c) realizar un control de involución uterina y del aspecto de los loquios;
- d) control de hemoglobina;
- e) realizar consejería en planificación familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Guía Clínica Basada en las Evidencias: Manejo de la Hemorragia Postparto. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Novedades del CLAP no 16, abril 2002. <http://www.paho.org/Spanish/CLAP/noved16.htm>
- (2) OMS/FNUAP/UNICEF/BM. Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth - IMPAC, 2000. (Traducción al Español: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. 2002). <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/MPS/IMPAC.pdf>
- (3) OutLook. Prevención de la Hemorragia Postparto: Manejo del Tercer Período del Parto. Número Especial. Vol. 19, nº3. <http://www.rhoespanol.org/pdf/19-3.pdf>
- (4) Guía para la prevención de la hemorragia postparto. Biblioteca virtual en salud - bvs. Salud materna y perinatal. http://perinatal.bvsalud.org/E/temas_perinatales/guia.htm
- (5) Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software Ltd,
- (6) Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Cochrane Library plus en español, número 2, 2004. Oxford, Update Software Ltd. <http://www.update-software.com/abstractsES/AB000494-ES.htm>
- (7) Hogerzeil HV, Waiker GJA. Instability of (methyl) ergometrine in tropical climates. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996:6925-9.
- (8) Figueras A, MD. Narváez E. MD. Laporte JR MD. Use of ergometrine in tropical climates: the complex equilibrium between information, tradition, Knowledge and access to drugs. The Lancet. Vol 363 March 20, 2004. pp; 989.
- (9) Gulmezoglu AM and Hofniayer GJ, Prevention and treatment of postpartum haemorrhage and Maternal Morbidity and Mortality. Cap, 20. RCOG Press. London. UK. 2002.
- (10) Williams Obstetrics. 21 edición. 2001.
- (11) Gulmezoglu AM, Villar J, Thi Nhy Ngoc N, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, Abdel-Alee H, Cheng L, Hofmeyr GJ, Lumbiganon P, Unger C, Prendiville W, Pinol A, Elbourne D, El-Refaey H, Schuiz KF. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. The Lancet 2001. 358: 689-695. <http://www.paho.org/Spanish/CLAP/involab.htm>

La presente es una publicación del Instituto Materno Perinatal - Maternidad de Lima, mediante subvención de la Generalitat de Catalunya, con el fin de promover la prevención y el manejo adecuado de la hemorragia postparto.

Autores

- Dra. Nelly Lam Figueroa
- Dr. José Farfán Bravo
- Dr. José Illescas Castañeda
- Med.R2 Manuel Rivera
- Lie. Obst. María E. Castañeda Almerí
- Lie. Obst. Olinda Gutiérrez Valencia
- Lie. Obst. Magdalena Huayllacahua Soto

Colaboradores:

- QF. Susana Vásquez (DIGEMID)
- QF. Germán Rojas (Acción Internacional para la Salud)
- Dr. Albert Figueras (Fundación Instituto Catalán de Farmacología)
- Dr. Edgar Narváez (Ministerio de Salud, Managua - Nicaragua)
- Dr. Edwin Castro (Hospital Alemán, Managua - Nicaragua)
- Dra. Mabel Valsecia (Facultad de Medicina - Universidad del Nordeste. Corrientes-Argentina)
- Dra. Angiolina Camilo (Inieicont, Sto. Domingo – República Dominicana)

