

CHECKLIST DE SEGURIDAD HEMORRAGIA POSTPARTO



Paciente: _____
RUT: _____
Ficha: _____
Fecha: _____

✓ MARQUE SI REALIZÓ:

<input type="checkbox"/>	Evaluó ABC (Airway- Breathing -Circulation)
<input type="checkbox"/>	Administró O2 Por mascarilla 10-15 lts/min.
<input type="checkbox"/>	Colocó 2 vías venosas 14-16 G
<input type="checkbox"/>	Tomó exámenes (hemograma, TP- TTPK, BUN, Pruebas cruzadas, Grupo Rh, Fibrinógeno, Recuento de plaquetas)
<input type="checkbox"/>	Repuso Fluidos E.V. entibados hasta mantener una PAM >65 mmHg o una P. Sistólica >90 mmHg
<input type="checkbox"/>	Avisó al Anestesiista y solicitó cupo en UCI o Cuidado intermedio
<input type="checkbox"/>	Control Presión arterial , pulso , frecuencia respiratoria, c/5 min. Medir temperatura c/15 min.
<input type="checkbox"/>	Instalación de sonda Foley
<input type="checkbox"/>	Solicitud de hemoderivados para transfusión
<input type="checkbox"/>	Registrar fluidos repuestos.
<input type="checkbox"/>	Corresponde a Inercia uterina?
<input type="checkbox"/>	Realizó masaje uterino
<input type="checkbox"/>	Adecuada respuesta con Retractores uterinos. Ver protocolo secuencial.
<input type="checkbox"/>	Mala respuesta a manejo medico u otras causas describir abajo

EVOLUCION:

FIRMA MEDICO RESPONSABLE

PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSTPARTO

Elaborado por: Dra. Eliana Ruiz (Jefe de Servicio CSA)
Aprobado por: Dra. Paulina Romagnoli (Director médico CSA)

Fecha de publicación: Enero 2017

Generalidades

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de mortalidad materna. En Chile, entre 2000 y 2009 la hemorragia en el postparto ocupó el quinto lugar como causa de mortalidad materna, con una razón de 0.8 por cada 100.000 nacidos vivos (1).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y distintas sociedades médicas, son activas en promover medidas preventivas a través de la elaboración de guías clínicas, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos (1). La aplicación de protocolos ha demostrado resolver la hemorragia en etapas tempranas, aminorar las transfusiones e intervenciones quirúrgicas y disminuir la tasa de CID en un 64% (2).

La Hemorragia Postparto (HPP) se define clásicamente como una pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000 ml en partos por cesárea. Dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos y a que en general se tiende a subestimar, se define de mejor manera como aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente (3,4).

Factores de riesgo:

- Cicatrices uterinas previas
- Edad materna mayor a 35 años
- Polihidroamnios
- Embarazo múltiple
- Multiparidad
- Malnutrición materna
- Anemia materna
- Legrados uterinos previos
- Tabaquismo y consumo de drogas



- Miomas uterinos
- Síndromes hipertensivos del embarazo
- Traumatismos abdominales
- Hemorragia en embarazos previos
- Trabajo de parto prolongado
- Patología materna crónica
- Anestesia general

Causa: 4T

1. Tono: Inercia uterina : (80%)
2. Trauma: Laceraciones del canal, Incisiones Qx, Rotura uterina (15%)
3. Tejido: Restos Ovulares (4%)
4. Trombina: alteraciones de coagulación (1%)

Según el RCOG, se clasifica en (4):

1. Menor (500-1000 ml)

En menos de 20 min deben completarse las siguientes medidas: (iniciar la Enfermera o Matrona)

- Dar aviso inmediato a Ginecólogo tratante y en su defecto a Ginecólogo de turno.
- Vía venosa 14-16 G
- Tomar 20 ml de sangre para: hemograma, TP- TTPK, BUN, Pruebas cruzadas, Grupo Rh, Recuento de plaquetas.
- Reponer Fluidos entibados, SF o Ringer Lactato (hasta mantener una PAM >65 mmHg o una P. Sistólica >90 mmHg)
- Control de pulso, frecuencia respiratoria y presión cada 15 min.
- En caso de inercia ver manejo secuencial.

2. Mayor >1000 ml o cualquier cuantía con desestabilización hemodinámica.

En menos de 20 min deben completarse las siguientes medidas:

- Dar aviso inmediato al Ginecólogo tratante si no es posible su presencia inmediata, debe ser avisado el Ginecólogo de turno.
- Evaluar CAB (Circulation -Airway- Breathing_)
- O2 Por mascarilla 10-15 lts/min (independiente de la SaO2 materno)
- Colocar 2 vías venosas 14-16 G
- Tomar 20 ml de sangre para: hemograma, TP- TTPK, BUN, Pruebas cruzadas, Grupo Rh, Fibrinógeno, Recuento de plaquetas.
- Reponer Fluidos entibados, mientras se transfunde, SF o Ringer Lactato > 2 Lts + Coloides (preferir gelatina succinilada) 1-2 Lts (hasta mantener una PAM >65 mmHg o una P. Sistólica >90 mmHg)

- Instalar sonda Foley
- Ácido tranexámico 1gr EV pasara en 20 min. Si persiste sangrado, evaluar una segunda dosis después de 30 min.
- Avisar a Anestesista y Pedir cupo en UCI o Cuidado intermedio.
- Registrar fluidos repuestos.
- Controlar Presión arterial , pulso , frecuencia respiratoria, c/5 min.
- Medir temperatura c/15 min.

Con sospecha de inercia uterina: Manejo secuencial

1. Masaje uterino bimanual (asegurar vejiga vacía)
2. Oxitocina 5 UI EV pasar en 1-2 min. o 10 UI Intramuscular
3. Oxitocina 40 UI en 500 cc de Lactato de Ringer pasara a 125 ml/hr.
4. Methergyn 0,2 mg IM, repetir c/2-4 hrs(contraindicado en hipertensión y cardiopatía)
5. Misoprostol 800- 1000 mcg intrarectal

- Evaluar otras causas de hemorragia

Terapia Transfusional:

Transfundir tan pronto como sea posible, según las perdidas estimadas, el compromiso hemodinámico y/o la persistencia de sangrado activo (3,4).

Glóbulos rojos: Iniciar con 2U GRE, si no recupera la hemodinámica con 2 lt de expansores plasmáticos, o se estima perdidas de >1500 ml.

Plasma fresco: usar 10-15 ml /kg de peso en caso de:

- Pasadas 4 UI de GR transfundidas no se recupera la hemostasia.
- TP o TTPK >1,5 veces lo normal. INR > 2

Plaquetas: 1 unidad por c/10 kg de peso, si recuento < 75.000 mm³

Crioprecipitado : 1 unidad por c/10 Kg peso, si Fibrinógeno < 200 mg/dl.

OBJETIVOS
Hemoglobina > 8 g/dl
Plaquetas > 75.000 mm³
TP < 1.5 x veces el control
TTPK < 1.5 veces el control
Fibrinógeno > 200 mg/dl

TIEMPO DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE TRANSFUSION EN LA UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL DE CSA.

TRANSFUSION INMEDIATA (Sin pruebas de compatibilidad):

De extrema urgencia con plazo de entrega máxima de 15 – 20 min (dependiendo del lugar de la clínica donde se encuentre hospitalizado él ó la paciente).

Implica la transfusión de Glóbulos Rojos isogrupo, si conocemos el grupo ABO y Rh del paciente, en caso contrario los G. Rojos deberán ser de grupo sanguíneo 0 Rh negativos ó Rh positivos. En ambos casos serán entregados o administrados sin realización de pruebas de compatibilidad.

El médico responsable o solicitante debe ser consciente de los riesgos que implica, pues no se puede descartar una reacción hemolítica al no haberse realizado los estudios pre transfusionales, teniendo que valorar si el grado de urgencia compensa el riesgo.

En estas circunstancias, se deberá informar la situación de urgencia vía telefónica a la UMT y enviar el formulario de solicitud de la transfusión con firma médica junto con una muestra de sangre del paciente para realizar los estudios pre transfusionales de las unidades enviadas sin compatibilizar. Para agilizar el proceso además se debe enviar la orden médica escaneada al correo: labbioquimica@sanatorioaleman.cl.

TRANSFUSION URGENTE:

Debe instalarse en un plazo entre 1 a 4 horas.

Implica preferencia absoluta en la realización de las pruebas de compatibilidad y pre-transfusionales, respetando siempre el tiempo de proceso de las mismas (45-60 minutos).

En este grado de urgencia se deben considerar aquellos casos en que los productos sanguíneos requieren ser descongelados (Plasmas y Crioprecipitados), lo que implica un tiempo adicional de 20 a 30 minutos. En el caso de solicitudes de productos sanguíneos filtrados se deberá considerar 20 a 30 minutos para realizar esta acción y en casos de solicitudes de productos irradiados dependeremos de la disponibilidad del servicio de radioterapia que ejecutará el proceso, por lo que los tiempos de respuesta serán variables.

TRANSFUSION NO URGENTE

Dentro de las 24 hrs. Estas peticiones se incluirán en el trabajo no urgente de la rutina de la UMT considerando todos los estudios pre transfusionales correspondientes.

En caso de hemorragia grave y permanente, con poca probabilidad de ser controlado de forma rápida, realizar transfusión inmediata de transfusión de concentrados de glóbulos rojos, plasma fresco congelado, y plaquetas en proporción 1-1-1. (Uso para transfusiones de >6 UI de GR) (5).

- Traslado a pabellón para tratamiento quirúrgico:

B- Lynch

Ligadura de uterinas

Ligadura de Hipogástricas

Histerectomía obstétrica.

REFERENCIAS

1. Solari A. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 993-1003.
2. Shields LE . Comprehensive maternal hemorrhage protocols improve patient safety and reduce utilization of blood products. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(4):368.e1.
3. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2006;108(4):1039
4. RCOG (Dec. 2016) Postpartum haemorrhage, prevention and management. Green-top Guideline No. 52
5. Development of a rapid emergency hemorrhage panel. Chandler WL. Transfusion. 2010 Dic;50(12):2547-5
6. Unidad de Medicina Transfusional Clínica Sanatorio Alemán.