

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 1 de 24

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACION.....	2
2. DEFINICIÓN	3
3. OBJETIVOS	4
3.1. Objetivos específicos.....	4
4. POBLACIÓN OBJETO.....	5
5. MARCO CONCEPTUAL.....	6
5.1. Definición	6
5.2. Etiología y factores de riesgo.....	6
5.3. Clasificación	10
5.4. Cuadro clínico.....	11
6. MANEJO.....	12
6.1. Prevención de la hemorragia postparto	12
6.2. Clasificación del choque hipovolemico por HPP	13
6.3. Manejo secuencial.....	15
7. FLUJOGRAMA.....	23
8. BIBLIOGRAFIA	24

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 2 de 24

1. JUSTIFICACION

La mortalidad materna en el mundo contemporáneo es de 400 por cien mil nacidos vivos, lo que significa 529000 muertes por año. La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte, en el mundo una mujer muere cada 3 minutos por hemorragia obstétrica. En Colombia, es la segunda causa de muerte materna.

Es un hecho reconocido a nivel mundial que la oportunidad y la calidad de la atención en el manejo de esta situación son fundamentales para evitar la morbilidad y disminuir la mortalidad, ya que la razón para la alta mortalidad asociada a hemorragia siempre se encuentra asociada a la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y en la falla en el reemplazo adecuado del volumen.

En este sentido, es necesario recalcar la importancia de la atención institucional del parto y través de esta guía dejar claro los pasos a seguir y el manejo de la hemorragia postparto en embarazos de termino considerados como de bajo riesgo, en instituciones de primer nivel como la nuestra que garanticen una atención de calidad y con racionalidad científica.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 3 de 24

2. DEFINICIÓN

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes con embarazos a término y de bajo riesgo, que presenten hemorragia postparto de acuerdo a la activación del código rojo, que se llevara a cabo por personal debidamente entrenado para tal fin.

COPIA CONTROLADA ESE CLO

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 4 de 24

3. OBJETIVOS

El objetivo de este instructivo es que el personal de salud de primer nivel disponga de los elementos teóricos necesarios para realizar un manejo sistemático, en equipo, rápido pero oportuno de la hemorragia postparto de tal forma que en el mediano plazo se logre disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa.

3.1. Objetivos específicos

- Proveer al personal de salud los conceptos para determinar los factores de riesgo de hemorragia postparto.
- Describir las diferentes causas de la hemorragia postparto.
- Establecer una metodología que permita la evaluación, el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto de forma oportuna.
- Disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad materna.
- Disminuir la morbilidad resultante del proceso hemorrágico o de las mismas acciones de la reanimación.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 5 de 24

4. POBLACIÓN OBJETO

Las beneficiarias de esta guía son todas las mujeres gestantes afiliadas al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud así como la población pobre y vulnerable no asegurada, particulares que soliciten nuestro servicio y a todas aquellas personas que se acojan a las recomendaciones de esta guía.

COPIA CONTROLADA ESE CLO

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92






ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 6 de 24

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Definición

Existen varias definiciones de la hemorragia postparto (HPP), la más aceptada la define como un sangrado vaginal >500 cc tras un parto vaginal o >1.000 cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la materna.

La HPP complica del 5-15% de todos los partos. Alrededor de medio millón de mujeres en todo el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Cerca de un cuarto de estas muertes son secundarias a hemorragia postparto, constituyéndose así en la causa más significativa de muertes maternas en todo el mundo.

Se estima que ocurren 140.000 muertes por esta causa en todo el mundo cada año (Una cada 4 minutos). La prevalencia aproximada es de 13%. En Colombia en el año 2006, la hemorragia postparto fue la segunda causa de muerte obstétrica después de los trastornos hipertensivos. Además de la muerte puede producir morbilidad materna grave y secuelas que incluyen coagulopatía, shock, pérdida de la fertilidad y necrosis hipofisiaria.

5.2. Etiología y factores de riesgo

La hemorragia postparto primaria es causada por atonía uterina en el 80% de los casos. Otras causas corresponden a retención de placenta, especialmente por acretismo, la inversión uterina, defectos en la coagulación y traumas en el canal del parto.

La hemorragia postparto secundaria puede explicarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 7 de 24

A continuación se muestra las 4 Ts que engloba las principales causas de hemorragia postparto.

1. ATONIA UTERINA

PROCESO	ETIOLOGIA	FACTORES DE RIESGO
TONO	Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Macrosomía Polihidramnios Anormalidades fetales (vg. Hidrocefalia severa)
	Fatiga del músculo uterino	Trabajo de parto prolongado o precipitado Trabajo de parto conducido Multiparidad Gestante añosa Embarazo previo con HPP
	Infección uterina/corioamnionitis	Ruptura espontánea de membranas prolongada
		Fiebre
	Anormalidades/distorsiones uterinas	Miomatosis uterina Placenta previa
	Medicamentos uterorelajantes	Anestésicos, nifedipino, AINEs, sulfato de magnesio, betamiméticos

Fuente: Guía de práctica clínica para prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 8 de 24

2. TRAUMA

TRAUMA	Desgarros cervicales/vaginales/perineales	Parto precipitado Manipulación en el parto Parto instrumentado Episiotomía, especialmente mediolateral
	Desgarro de la incisión uterina en cesarea	Malposiciones Manipulación fetal (vg. Versión de segundo gemelo) Encajamiento profundo
	Ruptura uterina	Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	Multiparidad Placenta fundica Tracción excesiva del cordón

Fuente: Guía de práctica clínica para prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Los desgarros, corresponden a la segunda causa de hemorragia postparto, después de la atonía uterina. Se presenta como una hemorragia activa, que deriva de un parto instrumentado o con episiotomía, los cuales deben repararse de inmediato.

La ruptura uterina, se define como la pérdida de la integridad de las paredes del útero. El principal riesgo para que se presente la ruptura uterina es la presencia de una cicatriz en el útero, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros riesgos los representan los partos instrumentados por distocias, o la hiperestimulación uterina.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 9 de 24

Inversión uterina: Esta complicación es poco frecuente, y la causa se le atribuye a una excesiva tracción sobre el cordón umbilical y el fondo uterino, con el resultado de la salida del fondo uterino de la cavidad endometrial. Como factores de riesgo encontramos el acretismo placentario, y el manejo activo del alumbramiento.

3. RETENCIÓN DE TEJIDO PLACENTARIO O COÁGULOS

TEJIDOS	Retención de placenta/membranas Placenta anormal: subcenturiada, lóbulo accesorio	Placenta incompleta en el parto, especialmente <24 semanas Cirugía uterina previa Placenta anormal en la ecografía
---------	---	---

Fuente: Guía de práctica clínica para prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

4. TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

Corresponde a coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo, dentro de las adquiridas también se encuentran preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abrupcio placentae, sepsis.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 10 de 24

TROMBINA	Anormalidades preexistentes de la coagulación (vg. Hemofilia, hipofibrinogenemia, enfermedad de VonWillebrand)	Historia de coagulopatía/enfermedad hepática
	Adquiridas en el embarazo • Púrpura trombocitopénica idiopática	Tensión arterial elevada Muerte fetal Fiebre y leucocitosis Hemorragia anteparto Colapso súbito

Fuente: Guía de práctica clínica para prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Debe tenerse en cuenta que dos tercios de las pacientes con hemorragia postparto no tienen factores de riesgo identificables, por lo que en la atención del parto debe mantenerse una actitud de alerta y contar con las medidas necesarias para afrontar esta entidad.

5.3. Clasificación

La hemorragia postparto puede ser dividida en dos grandes grupos según el tiempo de evolución:

1. Hemorragia Postparto inmediato: HPP que ocurre dentro de las primeras 24 horas.
2. Hemorragia Postparto tardía: HPP que acontece después de las primeras 24 horas.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 11 de 24

5.4. Cuadro clínico

- **ATONIA UTERINA:** se caracteriza por la presencia de un útero mal contraído, bolo de seguridad asimétrico, alumbramiento completo o incompleto.
- **LESIONES DEL CANAL DEL PARTO:** se caracteriza por la presencia de buen tono del útero, útero centrado, alumbramiento completo, visualización de desgarros o hematomas.
- **RETENCION DE TEJIDOS:** puede encontrarse tono uterino disminuido o incluso normal, extracción de restos de membranas durante la exploración del canal del parto. En caso de acretismo no se produce el alumbramiento, y no se encuentra plano de clivaje al intentar la extracción manual.
- **DEFECTOS DE COAGULACION:** buen tono uterino, no se demuestran lesiones del canal del parto, ni retención de estos placentarios se produce alumbramiento completo. Se sospecha cuando se han descartado otras etiologías, la paciente tiene antecedente clro de coagulopatía o factores de riesgo para desarrollarla.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 12 de 24

6. MANEJO

6.1. Prevención de la hemorragia postparto

Una revisión sistemática de Cochrane muestra que el manejo activo del alumbramiento es superior al manejo expectante en términos de pérdidas hemáticas, hemorragia postparto, anemia postparto y necesidad de transfusión. Por lo tanto el manejo activo debe ser aplicado de rutina para el tercer periodo a nivel institucional.

El manejo activo del tercer periodo del parto consiste en intervenciones designadas a facilitar el alumbramiento de la placenta incrementando las contracciones uterinas y previniendo la hemorragia postparto por atonía uterina. Incluye la administración de uterotónicos, tracción controlada del cordón y masaje uterino después del alumbramiento de la placenta si se requiere.

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 13 de 24

6.2. Clasificación del choque hipovolemico por HPP

Tabla 2. Estimación de las pérdidas, de acuerdo a la evaluación del estado de choque.						
Pérdida de volumen (%) y mL para una mujer embarazada entre 50-70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica	Grado del choque	Cantidad de cristaloides a reponer en la primera hora
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000 a 4500 mL
26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500 a 6000 mL
> 35% 2000-3000 mL	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo	> 6000 mL

Fuente: Guía de práctica clínica para prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

El diagnóstico del choque es muy fácil en los casos extremos, pero puede ser difícil en sus fases iniciales. Se calcula que la cantidad de sangre perdida puede ser subestimada hasta en un 50 %.

Para esta situación de emergencia, se debe contar con un esquema de trabajo organizado, de tal manera que permita al equipo asistencial seguir los pasos indicados sin desviarse del objetivo, trabajar de manera ordenada y coordinada, y que pueda ser replicado en cada situación específica.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 14 de 24

Una vez se tenga el diagnóstico de choque hipovolémico, el equipo de atención médica deberá tener claros principios como priorizar siempre la condición materna sobre la fetal y reconocer que el organismo tolera mejor la hipoxia que la hipovolemia, por esto la estrategia de reanimación del choque hipovolémico en el momento inicial, se basa en el reemplazo adecuado del volumen perdido calculado por los signos y síntomas de choque.

La reposición de volumen se debe hacer con solución de cristaloides, bien sea solución salina 0,9%, o solución de Hartman. Actualmente no se recomienda el uso de soluciones coloidales como almidones, albúmina, celulosa, porque son más costosas y no ofrecen ventajas en cuanto a la supervivencia. Si se utilizan no debe ser superior a 1.000 mL en 24 horas.

La reposición volumétrica debe ser de 3 mL de solución de cristaloides por cada 1 mL de sangre perdida. Solamente el 20% del volumen de solución electrolítica, pasado por vía IV en la recuperación volumétrica, es hemodinámicamente efectivo al cabo de una hora.

La disfunción de la cascada de la coagulación comienza con la hemorragia y la terapia de volumen para reemplazo y es agravada por la hipotermia y la acidosis. De tal forma que si en la primera hora no se ha corregido el estado de choque hipovolémico ya se debe considerar la posibilidad de una CID establecida.

En caso de choque severo la primera unidad de glóbulos rojos se debe iniciar en un lapso de 15 minutos, por lo que se debe remitir al III Nivel para su manejo.

La hipoperfusión tisular durante el choque y durante la recuperación favorece la microcoagulación intravascular, que puede empeorar la situación hemodinámica en la fase de recuperación cuando ocurre la reperfusión tisular, con microémbolos venosos hacia cerebro y otros lechos vasculares.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 15 de 24

6.3. Manejo secuencial

Tiempo cero: ACTIVACIÓN DEL **CÓDIGO ROJO**

- La activación la realiza la persona que establece contacto con la paciente.
- Determina en su orden: estado del sensorio, perfusión, pulso y por último la presión arterial. El grado de choque lo establece el peor parámetro encontrado. Ante signos de choque y/o un cálculo de sangrado superior a 1000 ml se debe activar el código rojo.

Tiempo 1 a 20 minutos: REANIMACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En el manejo del choque hemorrágico es necesaria la rápida identificación de la causa y su control mientras se realizan las medidas iniciales de reanimación.

- Inmediatamente se procede a la resucitación inicial del choque hemorrágico que incluye la restauración del volumen circulante mediante la colocación de dos catéteres gruesos y la rápida infusión de soluciones cristaloides, Catéteres # 14 (café - marrón, garantiza un flujo de 330 mL/min) o #16 (gris: 225 mL/min).
- Suministre oxígeno, garantizando la FIO2 máxima bien sea con máscara-reservorio, venturi al 35- 50% o cánula nasal a 4 litros por minuto.
- Tome muestras en tres tubos: de tapa roja, morada y gris, para hemoglobina (Hb), hematocrito (Hcto), plaquetas, hemoclasificación, pruebas cruzadas, tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina.(TPT).
- Inicie la administración en bolo de 2000 mL de solución salina normal o Hartman.
- Clasifique el grado de choque y complemente el volumen de líquidos requerido de acuerdo al estado de choque. Se debe tener precaución en la pacientes con

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 16 de 24

preeclampsia y con cardiopatías, los ausculte los pulmones y el corazón para detectar posible edema agudo del pulmón o falla de bomba.

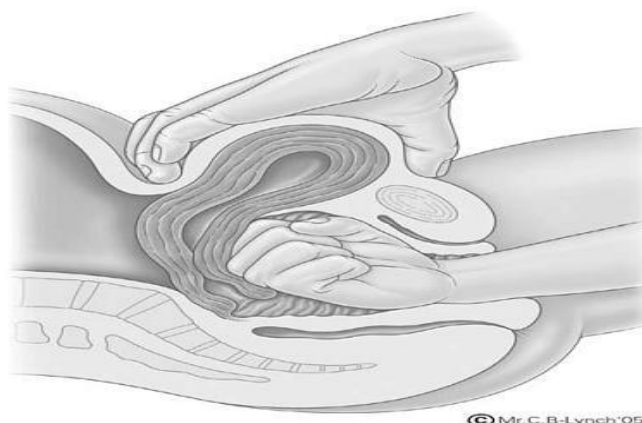
- Identifique la causa de sangrado y establezca los diagnósticos diferenciales, así que utilice la nemotecnia de las 4 “T”: tono (70% de los casos), trauma (20%), tejido (10%) y trombina (1%), e inicie el manejo de acuerdo a la causa. Igualmente se debe descartar la ruptura uterina.
- Evacue la vejiga y deje una sonda para medir la eliminación urinaria permanentemente.
- Mantenga la temperatura corporal estable con la colocación de frazadas.
- Según la causa sospechada o definida y el nivel de atención en el que se encuentre, defina si el caso es para asumir o para remitir.
- Mantenga informada a la familia.

Como la causa más común de hemorragia es la **atonía uterina**, la vejiga debe desocuparse y realizar un examen pélvico bimanual. El hallazgo de un útero suave, blando, pobremente contraído sugiere atonía uterina como factor causal. La compresión o el masaje uterino pueden disminuir el sangrado, expulsar la sangre y los coágulos y dar tiempo mientras se implementan otras medidas.

El pilar del tratamiento es el masaje uterino bimanual y la administración de drogas uterotónicas.

Masaje uterino: Debe realizarse con una mano en el fondo o bimanualmente con la mano vaginal en el fondo de saco anterior y la mano abdominal en la pared posterior del fondo. Este debe ser el manejo de primera línea para alcanzar hemostasis mecánica. La compresión por si misma puede controlar el sangrado ayudando al útero a usar sus mecanismos fisiológicos y anatómicos tales como las fibras miométriales entrelazadas para la compresión vascular y el control del sangrado

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 17 de 24



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

- **OXITOCINA:** es el medicamento de elección por su rápido inicio de acción, por que es ampliamente disponible, por su mayor efectividad y menos efectos colaterales.

La dosis recomendada es 40-120 mU/min, puede aumentarse hasta 200 mU/min: 20u/500 pasar desde 60 a 300 ml/hora. Dosis máxima: 6 ampollas en 24 h (60 U)

- **METILERGONOVINA:** es el agente de segunda línea, su tiempo de Inicio de acción es de 6-7 min, también esta ampliamente disponible, de uso IM, aunque tiene mayor número de efectos colaterales (náuseas, vómitos, aumento de presión arterial).

La dosis es 0,2 mg IM, repetir en 20 minutos. Puede continuarse cada 4-6 horas. Máximo 5 ampollas (1 mg) en 24 horas Contraindicado en hipertensión, migrañas, coronariopatías.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 18 de 24

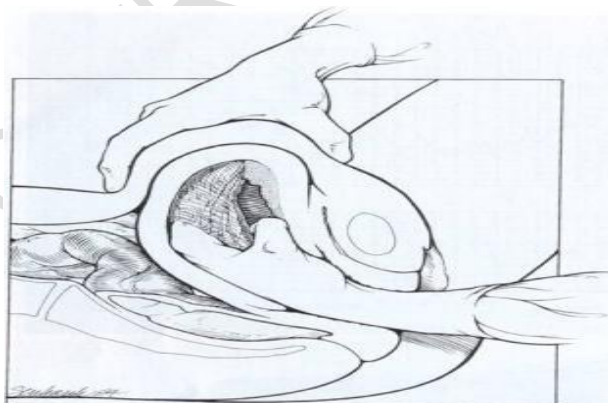
- **MISOPROSTOL:** también considerado agente de segunda línea, tiene la ventaja de no requerir administración parenteral, aunque tiene mayor número de efectos colaterales especialmente gastrointestinales, temblor, pirexia.

La dosis recomendada es 800 – 1000 mcg intrarrectales.

El taponamiento puede utilizarse cuando la hemorragia secundaria a atonía no responde a los uterotónicos y al masaje uterino y en estos casos la paciente deberá ser remitida.

TEJIDOS

Asegurarse de la integridad de placenta y membranas. Si hay duda realizar exploración manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia.



En caso de revisión uterina dar profilaxis antibiótica con ampicilina 2 gr IV dosis única mas metronidazol 500 mg IV dosis única.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 19 de 24

Alerta ante la inversión uterina que puede producirse en útero pobremente contraído. Luego de la exploración y evacuación del útero, continuar masaje bimanual y compresión.

Si la extracción es exitosa evaluar tono uterino y si se identifica atonía o hipotonía iniciar manejo de la misma

Si la remoción es parcial se indica legrado uterino y administración profiláctica de oxitocina o Si la remoción no es posible y no se identifica plano de clivaje, se diagnostica placenta acreta y se procederá a realizar histerectomía abdominal en la gran mayoría de los casos, por lo que la paciente deberá ser remitida a un centro de mayor complejidad.

TRAUMA

El trauma genital es la causa más frecuente de sangrado persistente a pesar de un útero bien contraído. Debe realizarse exploración especialmente en búsqueda de desgarros en cérvix o en fondos de saco, ya que ellos pueden comprometer el útero y llevar a hematomas en retroperitoneo o ligamento ancho.

Cuando se realiza la reparación debe tenerse cuidado con involucrar uréteres en los fornix laterales de vagina o la vejiga en el fornix anterior que puede llevar a fístulas genitourinarias. Puede requerirse empaquetamiento sobre la sutura para alcanzar hemostasia. Puede necesitarse ecografía para buscar liquido libre en cavidad si el parto fue traumático o si el estado de la paciente empeora más de lo esperado para las perdidas hemáticas estimadas.

Tratamiento según etiología:

- Laceraciones y desgarros: Sutura con catgut cromado 2-0.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 20 de 24

- Hematomas: Exploración, drenaje y ligadura del vaso sangrante con puntos hemostáticos.
- Inversión uterina: Reposición manual (maniobra de Johnson), no intentar extracción placentaria hasta la reposición uterina.

TROMBINA

Si la exploración ha excluido retención de tejidos o trauma, el sangrado de un útero bien contraído es principalmente debido a un defecto en la hemostasia, por lo que debe ser remitida inmediatamente.

EN CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL COMO EL NUESTRO SE REALIZARA EL MANEJO INICIAL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO SEGÚN FUE DESCRITO ANTERIORMENTE SI LA PACIENTE RESPONDE A ESTE MANEJO SE CONTINUARA LA VIGILANCIA ESTRICTA DEL PUERPERIO SEGÚN LA GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO VIGILANDO ESTRECHAMENTE SIGNOS VITALES, TONO UTERINO Y SANGRADO GENITAL.

- Evalúe signos de perfusión (sensorio, llenado, pulso y PA cada 15 minutos).
- Vigile el sangrado vaginal cada 15 minutos y durante 4 horas.
- Si fue una hemorragia por atonía, vigile la contracción uterina cada 15 minutos.
- Continúe los líquidos IV a razón de 300 mL/hora.
- Continúe los uterotónicos por 12 a 24 horas, si fue una atonía.
- Mantenga la oxigenación.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 21 de 24

- Defina la transfusión si es necesario (hemoglobina < 7 g/dL) POR LO QUE SE DEBE REMITIR A NIVEL SUPERIOR.

Si pasados estos 20 minutos la paciente no mejora o no es posible encontrar la causa del choque, SE REALIZARA LA REMISIÓN para continuar manejo avanzado del choque en un centro de mayor complejidad con medicamentos inotrópicos y vasoactivos, reposición de componentes sanguíneos o manejo quirúrgico y manejo en unidad de cuidados intensivos según sea el caso.

Siempre que se defina el traslado, se debe garantizar transporte adecuado, de preferencia en ambulancia medicada, con el equipo humano acompañante, entrenado en código rojo y que continúe durante el desplazamiento con la aplicación del código, con énfasis en el masaje uterino activo, las maniobras de reanimación, reemplazo de volumen y administración de medicamentos (goteo de oxitocina en caso de atonía).

Debe disponerse en la ambulancia del equipo de reanimación cardiopulmonar, medicamentos, infusores de líquidos y oxígeno.

Acompañamiento a la familia con explicación clara y objetiva que proceda de quién asume el proceso de coordinación del Código Rojo.

CRITERIOS DE ALTA O DE LIBERACION DE LA GUIA

Se considerará la liberación de la guía para aquellos pacientes:

- Que tienen mejoría significativa de su sintomatología.
- Los pacientes que no tienen criterios de severidad, y son dados de alta con tratamiento ambulatorio.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i y t
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 22 de 24

- Pacientes que son remitidos a otra institución (por otra causa)

MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA

Serán criterios para la evaluación de la adherencia a la presente guía:

- 1) Pertinencia médica
 - a) El manejo en urgencias debe ser efectuado por medico general.
 - b) Todo caso complicado debe ser manejado por Gineco-obstetra.
- 2) Pertinencia de laboratorio: útiles en pacientes que ingresan al servicio: Cuadro hematológico completo, Hemoclasificación, Uro análisis, VSG.
- 3) Pertinencia de medicamentos.
 - a) Los medicamentos utilizados deben estar acorde con las recomendaciones de la presente guía (LEV, uterotónicos, antibióticos etc.).
- 4) Pertinencia de medidas de apoyo y procedimiento
 - a) Se deben dar instrucciones sobre signos de alarma.
 - b) Procedimientos de la guía (masaje uterino, suturas, taponamiento uterino, etc.).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

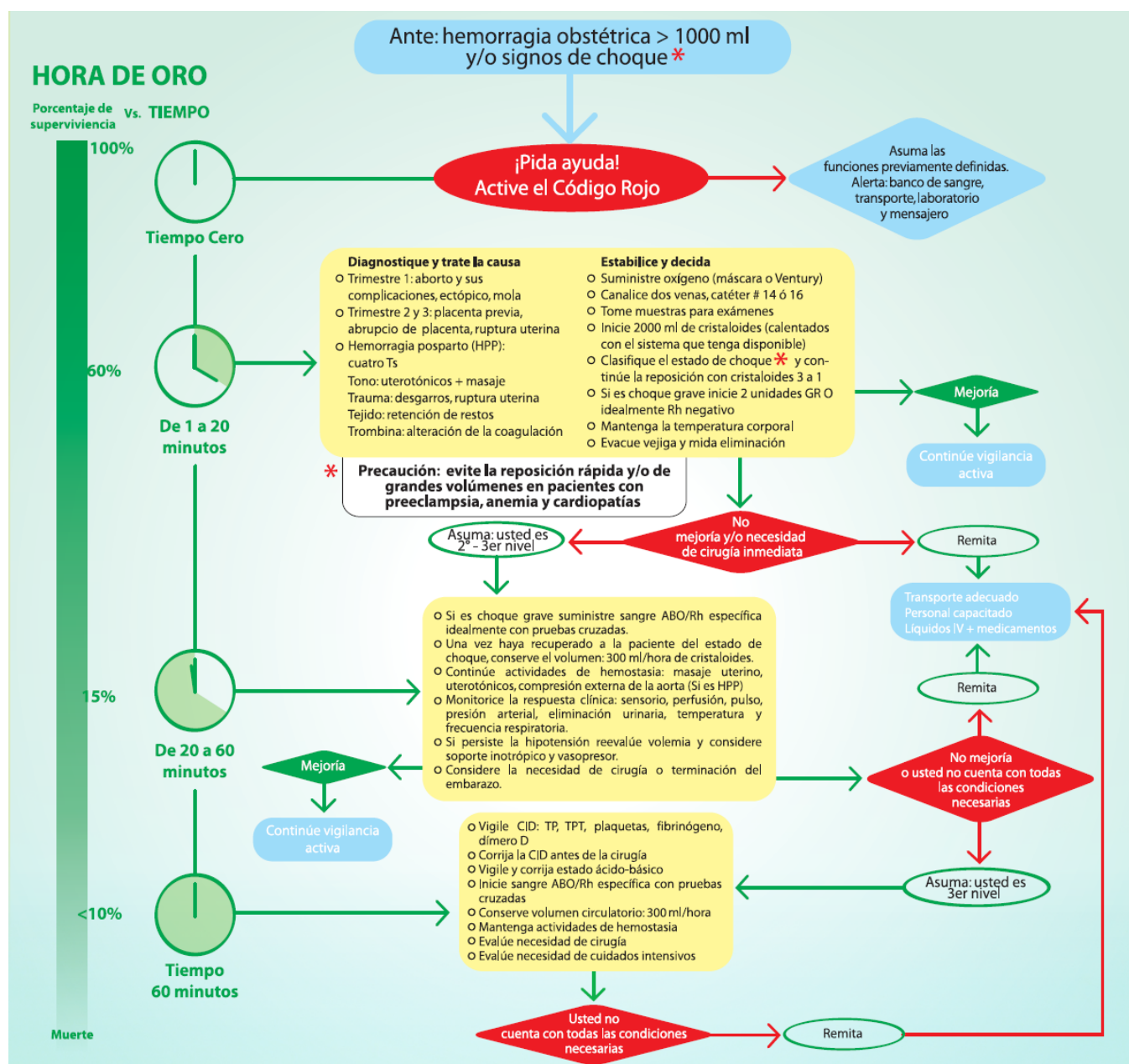




ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 23 de 24

7. FLUJOGRAMA



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO INSTRUCTIVO ATENCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: SH-S2-D5	VIGENCIA: 13/09/2023	V3	PÁGINA 24 de 24

8. BIBLIOGRAFIA

- Guía manejo de la hemorragia obstétrica “Código Rojo,” Medellín septiembre de 2007.
- ACOG Practice Bulletin no. 76. Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Obstetrics & Gynecology 2006.
- SEGO. Hemorragia Posparto Precoz. Protocolos 2006.
- SCOG Clinical Practice Guidelines. Prevention and management of postpartum haemorrhage. J Soc Obstet Can. 2000.
- ACOG Practice Bulletin. Postpartum Hemorrhage Clinical Management Guidelines for Obstetricians – Gynecologists. 2006.
- P. Zamora, Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias postparto y del alumbramiento, Ginecología y Obstetricia Clínica 2003..
- Roberts WE. Tratamiento obstétrico urgente de la hemorragia postparto. Clin Gynecol Obstet Temas actuales México Interamericana 1995.
- Documento modelo de la última versión Yisel Yohana Gonzalez- Ginecologa y Obstetra

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**INSTRUCTIVO ATENCION DE LA
HEMORRAGIA POSTPARTO**



PROCESO:
GESTIÓN EN ATENCIÓN
HOSPITALARIA

CODIGO: SH-S2-D5

VIGENCIA: 13/09/2023

V3

PÁGINA 25 de 25

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
2	Modificación del documento:	01/10/2012
3	Traslado del documento: Guía SH-S2-G10-V2 se traslada debido a que no corresponde a la carpeta "Guías" se traslada a la carpeta "Documentos de apoyo" con el código: SH-S2-D5-V3, se realizaron los siguientes ajustes: 1. Actualización de la vigencia. 2. Modificación del nombre: "Guía clínica para la atención de la hemorragia postparto" a "Instructivo atención de la hemorragia postparto" 3. Ajustes estructurales.	13/09/2023
 Nombre: Marly Daniela Muñoz Bolaños. Agremiada Asistir.	 Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta. Contratista área Garantía de la Calidad.	 Nombre: Ingrid Alexandra Suárez Castro. Cargo: Subgerente Técnico Científica.
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Twitter Facebook YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina