



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“DESPRENDIMIENTO AGUDO DE PLACENTA Y HEMORRAGIA  
OBSTETRICA”**

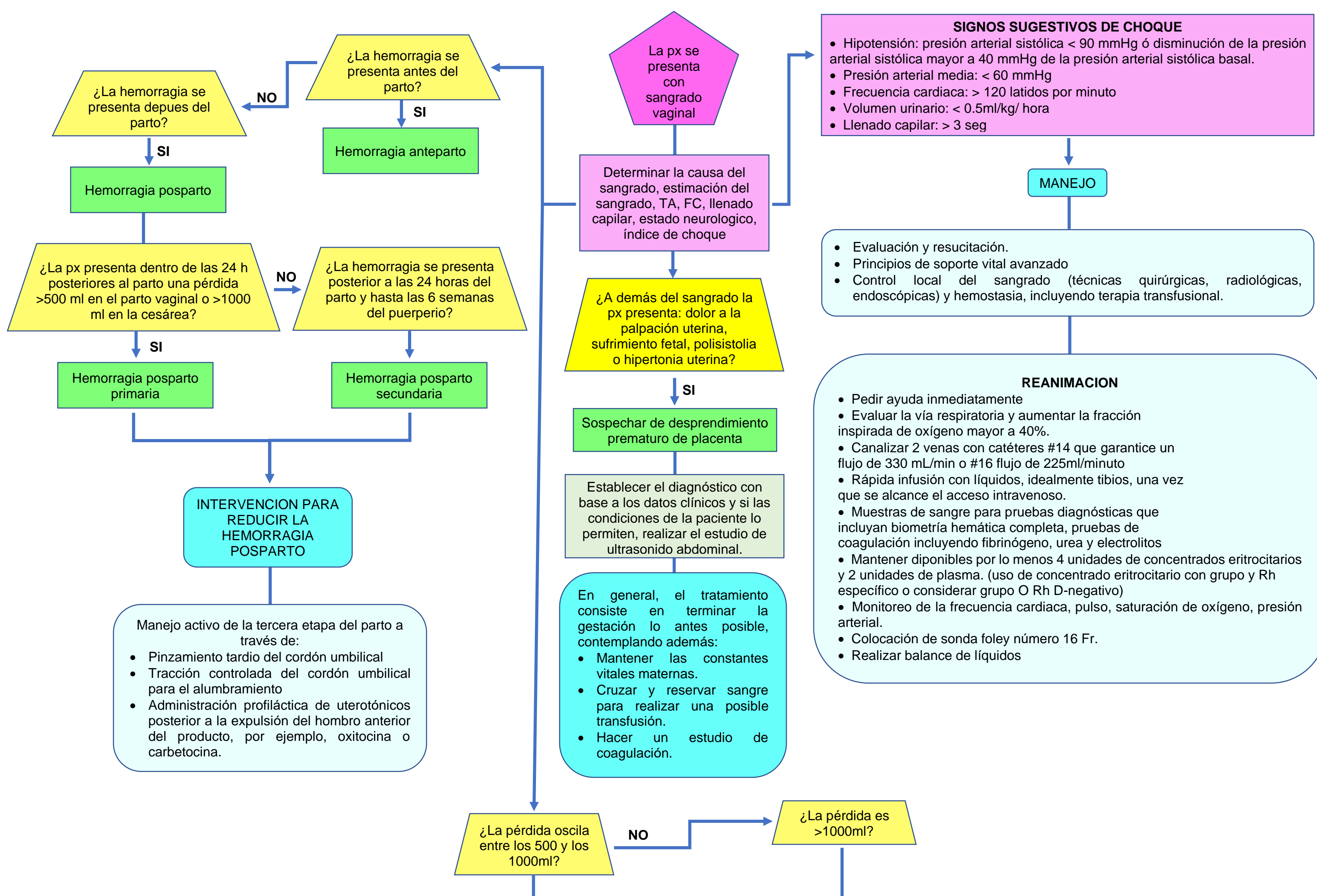
**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA**

**SEMESTRE: 8º**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**ASIGNATURA: ANALISIS DE LA DECISION EN LA CLINICA**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, OCTUBRE 2021**



**SIGNOS SUGESTIVOS DE CHOQUE**

- Hipotensión: presión arterial sistólica < 90 mmHg ó disminución de la presión arterial sistólica mayor a 40 mmHg de la presión arterial sistólica basal.
- Presión arterial media: < 60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: > 120 latidos por minuto
- Volumen urinario: < 0.5ml/kg/ hora
- Llenado capilar: > 3 seg

**MANEJO**

- Evaluación y resucitación.
- Principios de soporte vital avanzado
- Control local del sangrado (técnicas quirúrgicas, radiológicas, endoscópicas) y hemostasia, incluyendo terapia transfusional.

**REANIMACION**

- Pedir ayuda inmediatamente
- Evaluar la vía respiratoria y aumentar la fracción inspirada de oxígeno mayor a 40%.
- Canalizar 2 venas con catéteres #14 que garantice un flujo de 330 mL/min o #16 flujo de 225ml/minuto
- Rápida infusión con líquidos, idealmente tibios, una vez que se alcance el acceso intravenoso.
- Muestras de sangre para pruebas diagnósticas que incluyan biometría hemática completa, pruebas de coagulación incluyendo fibrinógeno, urea y electrolitos
- Mantener disponibles por lo menos 4 unidades de concentrados eritrocitarios y 2 unidades de plasma. (uso de concentrado eritrocitario con grupo y Rh específico o considerar grupo O Rh D-negativo)
- Monitoreo de la frecuencia cardiaca, pulso, saturación de oxígeno, presión arterial.
- Colocación de sonda foley número 16 Fr.
- Realizar balance de líquidos

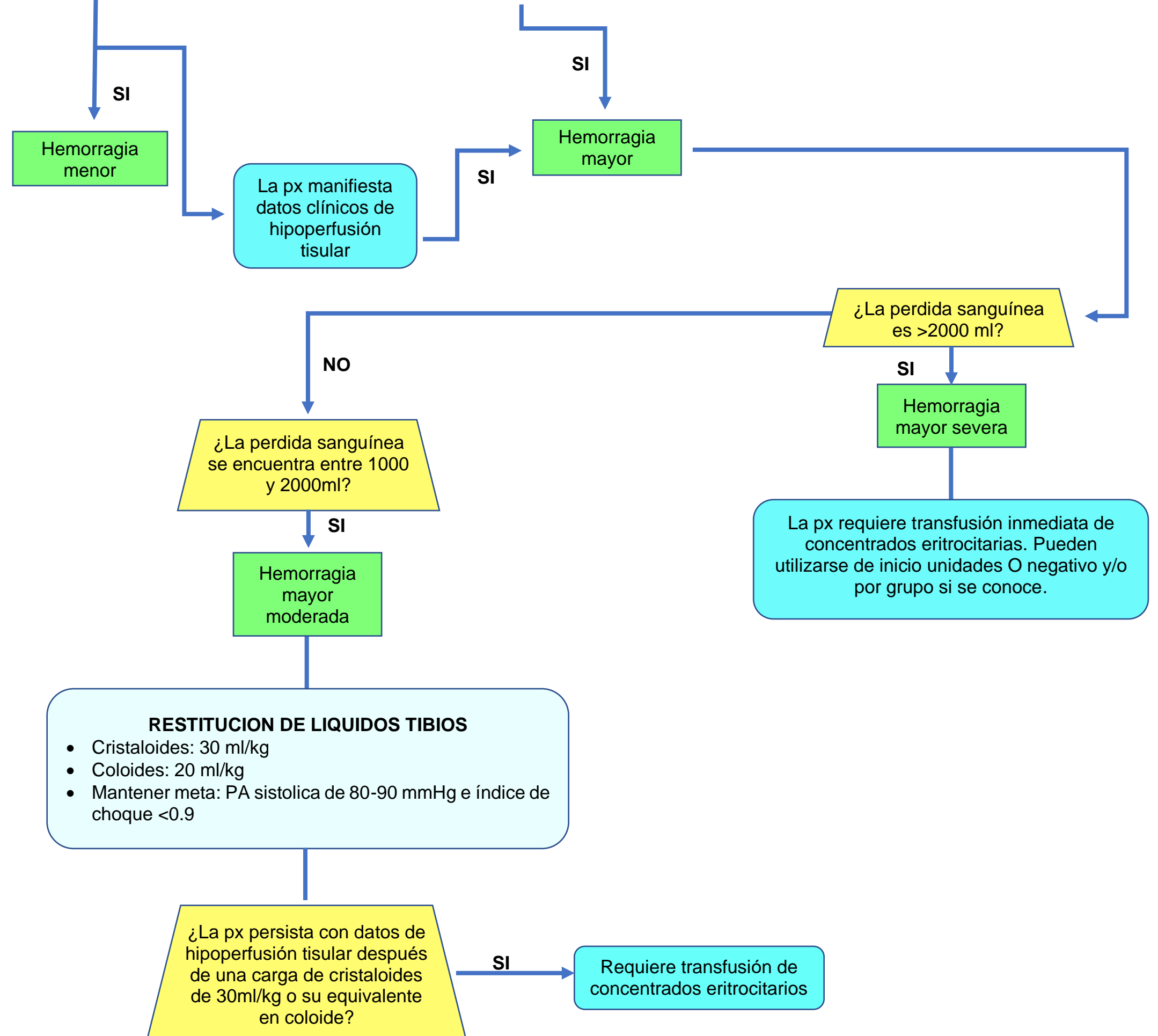
En general, el tratamiento consiste en terminar la gestación lo antes posible, contemplando además:

- Mantener las constantes vitales maternas.
- Cruzar y reservar sangre para realizar una posible transfusión.
- Hacer un estudio de coagulación.

**INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA HEMORRAGIA POSPARTO**

Manejo activo de la tercera etapa del parto a través de:

- Pinzamiento tardío del cordón umbilical
- Tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento
- Administración profiláctica de uterotónicos posterior a la expulsión del hombro anterior del producto, por ejemplo, oxitocina o carbetocina.



Hemorragia menor

La px manifiesta datos clínicos de hipoperfusión tisular

Hemorragia mayor

¿La pérdida sanguínea es >2000 ml?

Hemorragia mayor severa

La px requiere transfusión inmediata de concentrados eritrocitarios. Pueden utilizarse de inicio unidades O negativo y/o por grupo si se conoce.

¿La pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000ml?

Hemorragia mayor moderada

**RESTITUCION DE LIQUIDOS TIBIOS**

- Cristaloides: 30 ml/kg
- Coloides: 20 ml/kg
- Mantener meta: PA sistolica de 80-90 mmHg e índice de choque <0.9

¿La px persista con datos de hipoperfusión tisular después de una carga de cristaloides de 30ml/kg o su equivalente en coloide?

Requiere transfusión de concentrados eritrocitarios

- Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México. IMSS; **2017**. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>