



**Trabajo de parto y algoritmo para el manejo de la
hemorragia obstétrica**

*Clínica de ginecología y Obstetricia
Dr. Miguel de Jesús García Castillo
Licenciatura en Medicina Humana
7to Semestre
Alumno: Martin Mar Calderón*

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de octubre de 2024

Trabajo de parto

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la **expulsión por vía vaginal** del feto a partir de las 22 SDG con placenta y sus anexos



1

Dilatación

Comienza con el **inicio de las contracciones** y presencia de **cambios cervicales**

Fase latente

- Contracciones irregulares
- Cambios en el cérvix
- **Dilatación < 5cm**
- Borramiento < 50%
 - 18 horas en nulíparas
 - 12 horas en multíparas



Fase activa

- Contracciones regulares 2-4 en 10 minutos
- **Dilatación > 5cm**
- Borramiento > 50%
 - 8-18 horas en nulíparas
 - 5-12 horas en multíparas



2

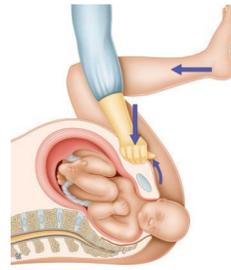
Expulsión

Comienza con la **dilatación completa** y termina con la **expulsión del feto**

- Pinzamiento del cordón umbilical +/- 1 minuto
- **Maniobra de Ritgen:** empujar el periné hacia atrás evitando desgarros y tener una salida controlada de la cabeza
- **Maniobra de Mc Robert:** Piernas hacia atrás en caso que los hombros del bebé estén estancados

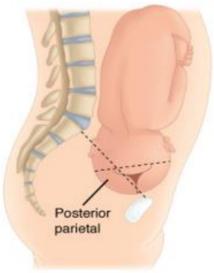
Tiene una duración de 30-60 minutos

- Nulipara: 45-60 minutos
- Multipara: 30 minutos



Movimientos cardinales:

1) Encajamiento:



Mecanismo mediante el cual, el diámetro bilateral (biparietal) pasa a través de la entrada pélvica.

2) Descenso:



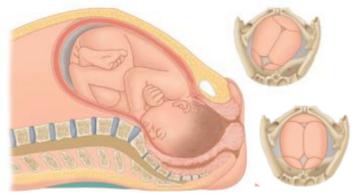
Descenso que realiza el producto en conjunto con el encajamiento debido a diversas presiones y su buena expulsión

3) Flexión:



Movimiento que hace que el occipucio de aleje de manera gradual del eje transversal

4) Rotación interna :



Movimiento que hace que el occipucio de aleje de manera gradual del eje transversal

5) Extensión:



La cabeza flexionada de forma angulosa alcanza la vulva y experimenta una extensión

6) Rotación externa :



Después de que la cabeza sale, este sufre una restitución

7) Expulsión:



Después de la rotación externa, el hombro anterior aparece bajo la sínfisis del pubis y el perineo pronto se dilata por el hombro posterior.

3

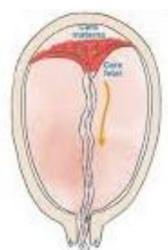
Alumbramiento

Desde el **pinzamiento y corte del cordón** hasta la expulsión de la **placenta y membranas**

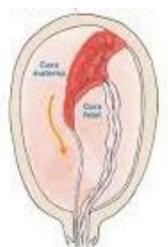
Duración de 5-30 minutos

- > 30 minutos: retención placentaria
- < 5 minutos: sin problemas
- Espontáneo/activo

Mecanismo tipo Shultz: la placenta se desprende del centro a la periferia desde la cara fetal



Mecanismo tipo Duncan: Ocurre un desprendimiento lateral de la periferia hacia el centro



Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto

Mujer con sangrado vaginal

Determinar la causa del sangrado
estimación de sangrado
Presión arterial/FC, llenado capilar, estado neurológico y estado de choque

¿Presencia de signos sugestivos de choque?

SI

NO

Intervención ABCDE

A: Pedir ayuda (código Mater)
B: Asegurar vía aérea, oxígeno $FiO_2 > 40\%$ y $SaO_2 > 90\%$
C: Circulación (Restitución de líquidos y hemoderivados)
D: Medicamentos uterotónicos y evaluación neurológica
E: Exámenes de laboratorio (BH, PT, TPT, Fibrinógeno, etc.)
- Si no se cuenta con material necesario, aplicar técnica Zea y enviar a unidad con capacidad resolutive.

Reposición de líquidos e identificación de las causas de hemorragia

Atonía

Retención de tejido

Trauma

Deficiencia de trombina

Uterotónicos

Revisión de cavidad

Reparar desgarros

Plasma

Mujer con choque hemorrágico

Leve

Moderado

Grave

¿Presencia de signos sugestivos de choque?

SI

NO

¿Persistencia de sangrado?

SI

NO

Restitución de líquidos tibios
Cristaloides 500 cc en bolo
Coloides 20ml/kg

Hemotransfusión, concentrados eritrocitarios y exámenes de laboratorio

- Detección de hemorragias con técnicas compresivas y/o histerectomía
- Restitución de líquidos

Vigilancia en recuperación de

- Signos vitales
- Tono uterino
- Sangrado transvaginal

¿Presencia de datos de hipoperfusión?

Infusión de soluciones de acuerdo a reevaluación del estado clínico y hemodinámico

¿Presencia de datos de hipoperfusión?

¿Presencia de TP y/o TPP prolongados?

Coagulopatía

Inicio de protocolo de transfusión masiva (1:1:2)

¿Presencia de fibrinógeno $< 200\text{mg/dl}$?

¿Persistencia de sangrado?

Vigilancia en UCI de

- Signos vitales
- Tono uterino
- Sangrado transvaginal
- Suspender terapia con hemoderivados

Adicionar hemotransfusión de crioprecipitados
Exámenes de laboratorio

¿Sangrado, TP y/o TPP prolongados, fibrinógeno $< 200\text{mg/dl}$?

Cirugía de control de daños (empaquetamiento tipo Mikulicz),
vigilancia en UCI
Valoración por hematología

NO

SI

Bibliografías:

- Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica., Diagnostico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia GPC, actualización 2017.
- Obstetricia de Williams; trabajo de parto.