

### DEFINICIÓN

Pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de los siguientes criterios:

- pérdida del 25% de la volemia
- caída del hematocrito mayor de 10 puntos
- presencia de cambios hemodinámicos
- pérdida mayor de 150 ml/min

**Pérdida mayor a 1000 ml o menor, en presencia de signos de choque justifica la activación del protocolo de código rojo**

### ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

#### Hemorragia obstétrica de la primera mitad del embarazo

- Aborto(todas sus variantes)
- Mola hidatiforme
- Embarazo ectópico

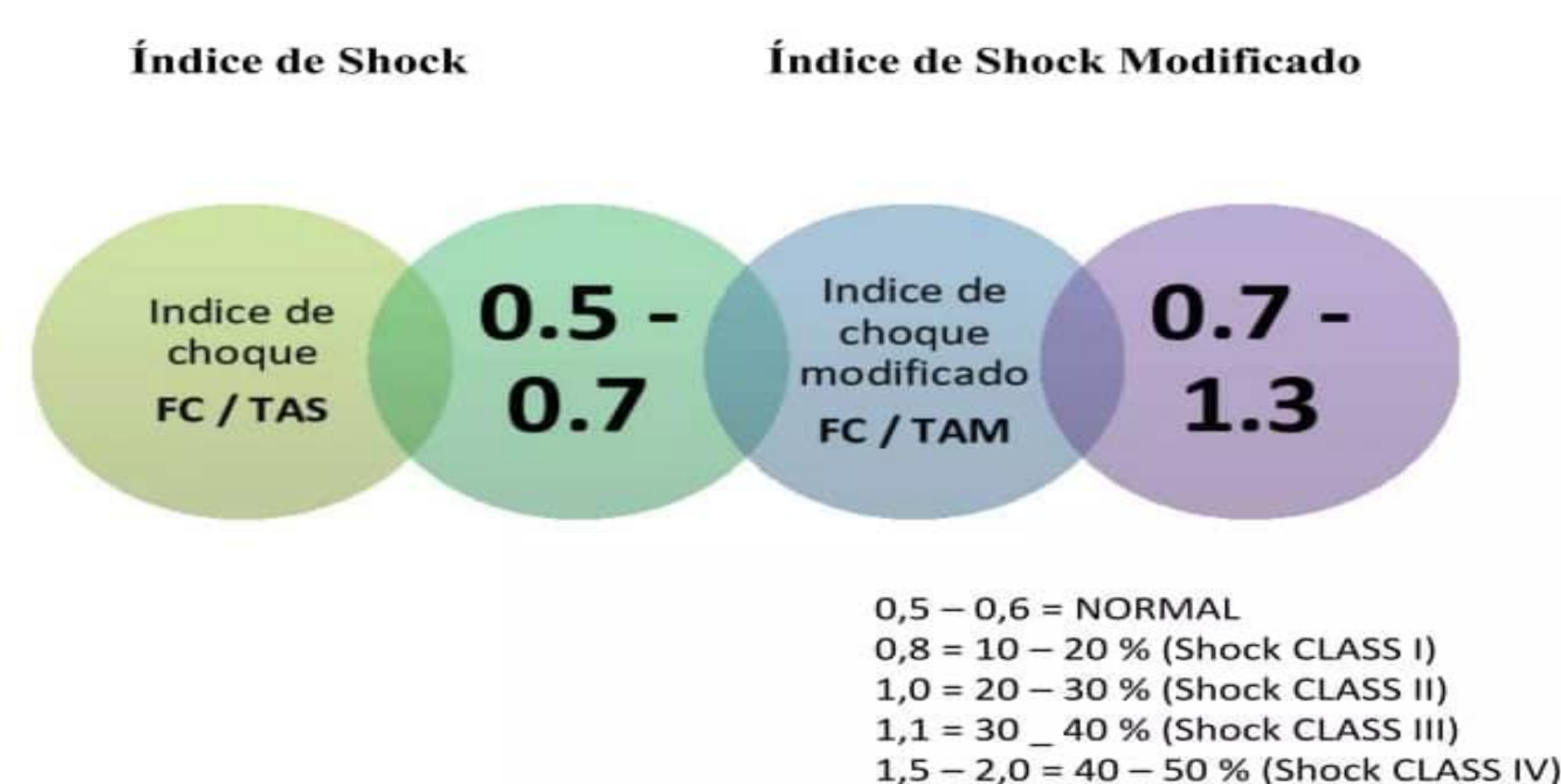
#### Hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo

- Placenta previa
- Hematoma retroplacentario(desprendimiento prematuro de placenta normoinserta)
- Ruptura uterine
- Sangrado del seno marginal

#### Hemorragia obstétrica del postparto inmediato

- Atonía uterina
- Restos placentarios
- Acretismo placentario
- Laceraciones del canal del parto
- Inversión uterina

### ÍNDICE DE SHOCK



### CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS

- Las modificaciones en la fisiología materna provocan un incremento del volumen plasmático de un 40% - 50%
- Los cambios hemodinámicos no son muy evidentes y la respuesta fisiológica al sangrado es engañosa.
- Debe existir una interpretación correcta de los cambios y modificaciones fisiológicas cuando la paciente recibe tratamiento antihipertensivo o con tocolíticos.
- La restitución modesta de los signos vitales no indica estabilidad hemodinámica.
- Está contraindicada y es inaceptable la hipotensión retardada o permisiva.
- Se afecta el balance normal de la coagulación normal y la hiperfibrinólisis. Tendencia inicial a la hipercoagulabilidad sanguínea.
- La paciente obstétrica no tolera bien la hipovolemia



### RIESGO OBSTÉTRICO

#### Riesgo 0. Bajo riesgo

No es posible identificar ninguno de los factores de riesgo

#### Riesgo I. Riesgo medio

Anemia leve. Incompatibilidad D ( Rh). Incremento de peso excesivo o insuficiente. Cardiopatía NYHA I y II.Cesárea.Infecciones maternas no graves Multiparidad.Diabetes gestacional controlada. Edades extremas .Presentación fetal no cefálica. Embarazo múltiple. Enfermedad de transmisión sexual. Sospecha de malformación fetal. Sospecha de macrosomía fetal. Talla baja.

#### Riesgo II. Alto Riesgo

Uso de drogas. Polihidramnios y Oligoamnios.Malformación uterina. Amenaza de parto prematuro . Antecedentes obstétricos desfavorables.Anemia grave Cardiopatías grado III y IV. Enfermedades asociadas que provoquen intensa o moderada afectación materna y/o fetal. Diabetes pregestacional o gestacional con mal control . Tumoración genital uterina. Embarazo múltiple(tres o más) Endocrinopatías.Preeclampsia sin repercusión orgánica.

#### Riesgo III. Muy alto riesgo

Shock séptico.Atonía uterina.Enfermedades cardiacas descompensadas Materna extremadamente grave. Desprendimiento prematuro de la placenta. Shock Hipovolémico Hemorrágico. Preeclampsia agravada con manifestaciones orgánicas. Muerte fetal anteparto.Placenta previa sangrante.

### CONDUCCIÓN ANESTÉSICA

- **Medidas generales:** Colocar 2 accesos venosos calibre 14, 16 o 18 y tomar muestras de sangre( grupo sanguíneo). Monitoreo no invasivo e invasivo según protocolos del servicio y grado de shock. **Adecuado plano anestésico para evitar reflejos neurovegetativos de tipo parasimpático.**
- **Optimizar perfusión y oxigenación tisular:** Suministrar O2 100% 4 a 10 litros/minuto y mantener saturación >95%.
- **Control de la hemorragia y de la causa. Reposición de la volemia y mantenimiento de la TA:** Control de daños, Fluidoterapia limitada combinada de forma equilibrada con transfusión masiva de sangre y hemoderivados evitando así fenómenos tromboembólicos, coagulopatías y edema. No hipotensión permisiva ni reanimación retrasada. Combinar con aminas simpaticomiméticas según protocolos de cada servicio y según necesidad para el mantenimiento de la TA.
- **Tratamiento de las coagulopatías:** Fármacos hemostáticos(crioprecipitados, concentrados de plaquetas, hemocomponentes, concentrado de complejos protrombónicos, factores de la coagulación, ácido tranexámico)
- **Mantenimiento de la perfusión cerebral y de la temperatura corporal**
- Adecuados cuidados postoperatorios en URPA o en UCI según la paciente sea o no trasladable(personal adecuado, sangrado o cuagulopatía, alteraciones del medio interno, hipovolemia, hipotermia, reanimación anestésica adecuada, etc.)

### BIBLIOGRAFÍA

- S. Kroh, J.H. Waters. Obstetrical hemorrhage. *Anesthesiology clinics* 39(4), 597-611, 2021. Disponible en: [https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275\(21\)00070-7/fulltext](https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275(21)00070-7/fulltext)
- Reale, S.C.,Leffert, L.R. & Farber, M.K. Update on Obstetric Hemorrhage. *Curr Anesthesiol Rep* 9, 60-68 (2019). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40140-019-00311-6>
- Xiaoyong Shi, Yin Gu, Shenshan Gao, Xuebin Xu. Advance in the anesthetic management for major obstetric hemorrhage. *Journal of Chinese Physician*, (12): 986-989, 994, 2020. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-867360>