
	HOSPITAL Y CRS EL PINO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: No Aplica Complementario : CCRR/Auditoría
		Código: HGO-09
		Fecha de Aprobación: 20 de Junio del 2013
		Fecha de Vigencia: 20 de Junio del 2018
		Revisión :02
PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.		

PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Dr. Ricardo Diaz S. Jefe ginecologia y Obstetrícia	Mat Mariluz Alfaro V. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Francisco San Miguel Director
Hospital y CRS El Pino	Hospital y CRS El Pino	Hospital y CRS El Pino
Fecha: 01 de Junio del 2013	Fecha: 10 de Junio del 2013	Fecha: 20 de Junio del 2013

	HOSPITAL Y CRS EL PINO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: No Aplica Complementario : CCRR/Auditoría
		Código: HGO-09
		Fecha de Aprobación: 20 de Junio del 2013
		Fecha de Vigencia: 20 de Junio del 2018
		Revisión :02
PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.		

1. Objetivo:

- Establecer en forma secuencial los pasos a seguir frente a metrorragia del puerperio inmediato.

2. Alcance:

Pacientes puérperas recientes.

3. Responsables:

Supervisión:


- Médico Jefe de Centro de Responsabilidad Matrona Coordinadora Matrona Supervisora de Ginecología y Obstetricia, son responsables de supervisar que este protocolo se cumpla.

Ejecución:

- Responsable de manejo clínico: médicos y matronas clínicas.

4. Definiciones:

Post parto inmediato: Las 2 primeras horas desde la salida del feto.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: No Aplica Complementario : CCRR/Auditoría
		Código: HGO-09
		Fecha de Aprobación: 20 de Junio del 2013
		Fecha de Vigencia: 20 de Junio del 2018
		Revisión :02
PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.		

5. Desarrollo:

Introducción

El presente protocolo resume los principales pasos a seguir frente a una metrorragia del puerperio inmediato y se basa en las recomendaciones entregadas por la guía perinatal del ministerio de salud, que en su capítulo 15 “metrorragias de la segunda mitad del embarazo” hace mención al cuadro clínico señalado. Para una más completa revisión del tema referirse a dicho documento guía de nuestro quehacer.

La metrorragia post parto es una de las tres principales causas de muerte materna.

En un parto vaginal la pérdida normal de sangre alcanza los 500 ml, pudiendo aumentar en una cesárea hasta 1000 ml. Generalmente estas pérdidas son bien toleradas por la mayoría de las pacientes.


Por lo tanto la definición no operacional de metrorragia del post parto es la siguiente: toda pérdida sanguínea genital que exceda los 1000 ml, independiente de la vía del parto y que se produzca dentro del puerperio inmediato.

Sin embargo, operacionalmente consideraremos metrorragia postparto a todo sangrado genital capaz de producir inestabilidad hemodinámica, es decir, con aparición de signos y/o síntomas que traducen hipovolemia.

Clasificación:

Para una mejor aproximación es conveniente clasificar las metrorragias de acuerdo a su origen. De este modo encontramos:

- De origen o causa uterina: Inercia uterina, alumbramiento incompleto, dehiscencia o rotura uterina, inversión uterina, placenta acreta.
- De causa no uterina: lesiones del tracto genital inferior, hematomas, coagulopatías.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: No Aplica Complementario : CCRR/Auditoría
		Código: HGO-09
		Fecha de Aprobación: 20 de Junio del 2013
		Fecha de Vigencia: 20 de Junio del 2018
		Revisión :02
PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.		

La inercia uterina es la causa más frecuente de metrorragia del post parto y aunque puede afectar a cualquier paciente hay factores de riesgo asociados, tales como:


Factores predisponentes de inercia uterina	Ejemplo
Sobredistensión uterina	Embarazo gemelar Polihidroamnios Macrosomía
Trabajo de parto disfuncional	Fase activa prolongada Detención secundaria de la dilatación Expulsivo prolongado
Administración de fármacos	Ocitocina (uso prolongado) Sulfato de magnesio Tocolíticos Halotano
Otros	Gran multipara Corioamnionitis clínica

Diagnostico y tratamiento:

En forma profiláctica, en especial en pacientes con alguno de los factores de riesgo mencionados en la tabla anterior se administrarán 5 unidades de oxitocina endovenosa directa y se dejará perfundiendo una solución de suero glucosado al 5% 500 cc.con 10 unidades de oxitocina a goteo lento (no más de 200 ml/hora). Paralelamente se mantiene infusión de suero ringer lactato.


Frente a una paciente puerpera inmediata que presenta metrorragia sobre 1000 ml, útero blando y subinvolucionado, se tratará de inmediato de la siguiente forma:

- Apurar suero ringer, utilizando en lo posible sueros tibios para evitar hipotermia. Instalar un segundo acceso venoso.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: No Aplica Complementario : CCRR/Auditoría
		Código: HGO-09
		Fecha de Aprobación: 20 de Junio del 2013
		Fecha de Vigencia: 20 de Junio del 2018
		Revisión :02
PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.		

- Administrar oxitocina ev. y en infusión según esquema anterior.
- Masaje uterino.
- Administración de metilergometrina 0,2 mg por vía intramuscular descartando previamente hipertensión arterial.
- Paralelamente se solicitará evaluación médica, con el fin de descartar otras causas de sangramiento tales como desgarros uterinos o de otras zonas del canal del parto, o restos placentarios.
- El médico procederá a realizar revisión del canal del parto en busca de lesiones y un legrado uterino para extraer restos ovulares, si existieran.
- Frente a una emergencia, donde no se logra la retracción uterina con las medidas terapéuticas anteriores o bien ante una confirmación de inercia uterina se recurrirá a la administración de misoprostol entre 600 y 1000 mcgrs. por vía rectal.
- De ser posible instalar una segunda vía venosa, recordar que como mecanismo compensatorio se produce vasoconstricción periférica, con la consecuente dificultad para acceder a una vía periférica.
- Si existe hipotensión, se debe reponer el volumen intravascular perdido, utilizando para ello expandidores plasmáticos en primer término. Si los parámetros hemodinámicos se estabilizan con el aporte inicial, se mantendrá el aporte de cristaloideos hasta los 3000 cc evaluándose posteriormente con hematocrito la indicación médica de transfusión.
- Si no hay recuperación de los parámetros hemodinámicos, se debe iniciar la transfusión sanguínea y agotar los esfuerzos para detener la hemorragia. Es ideal tener previo a la transfusión el grupo sanguíneo de la madre, pero en una emergencia, se puede proceder aunque no se cuente con ello, transfundiendo glóbulos rojos 0-IV rh-.
- Instalación de sonda folley para una mejor evaluación de las pérdidas y manejo de los aportes.
- La rapidez del diagnóstico y tratamiento incidirá en la aparición o no de complicaciones tales como: shock hipovolemico o CIVD.

Si la inercia uterina no cede frente a las medidas terapéuticas adoptadas, el packing de la cavidad uterina con compresas es un procedimiento a utilizar. En este caso la paciente debe ser mantenida con antibióticos profilácticos y sonda folley mientras esté con el packing. Este se retirará entre 24 y 36 hrs después. En general es efectivo en el 50% de los casos. Si el sangrado persiste a través del packing se debe proceder al tratamiento quirúrgico.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: No Aplica Complementario : CCRR/Auditoría
		Código: HGO-09
		Fecha de Aprobación: 20 de Junio del 2013
		Fecha de Vigencia: 20 de Junio del 2018
		Revisión :02
PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.		

Decidir entre la ligadura de los vasos pelvianos o la histerectomía dependerá de la cuantía de la hemorragia, de la edad de la paciente, de sus deseos de fertilidad y la experiencia del equipo.

Si la causa de la hemorragia es un desgarro del tracto genital inferior, el cual se sospechará frente a un sangramiento constante con útero retraído, el tratamiento consistirá en la reparación de estos.

Si se diagnostica hematoma vulvar, el tratamiento consistirá en vaciamiento del mismo, hemostasia prolija y reparación del defecto.


Si el hematoma es pélvico la resolución es quirúrgica.

Las coagulopatias de consumo pueden presentarse en relación a complicaciones obstétricas como el DPPNI, la preeclampsia/eclampsia, la sepsis, la embolia de líquido amniótico, la presencia de feto muerto in útero por un largo periodo de tiempo y la hemorragia masiva. La forma de presentación puede variar desde la simple formación de equimosis en el sitio de punción, hasta la hemorragia uterina severa en partos vaginales y/o hemoperitoneo en cesáreas.

Normalmente se encuentra trombocitopenia e hipofibrinogenemia con tiempo de protrombina y TTPK prolongados. El tratamiento se basa fundamentalmente en resolver la causa originaria y aportar factores de coagulación.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Paciente en parto se administran 5 unidades de oxitocina ev directo post alumbramiento
- Paciente en parto se mantiene Suero glucosado 5% con 5 unidades de oxitocina
- Masaje uterino por profesional que asiste el parto
- A toda paciente en recuperación se le enseña a realizarse el masaje uterino
- Paciente trasladada a recuperación se mantiene al menos por dos horas con suero glucosalino con 5 unidades de oxitocina
- Lactancia precoz que estimula la retracción uterina
- Controles frecuentes de la paciente por matrona y técnico paramédico para pesquisar signos y síntomas alterados

	HOSPITAL Y CRS EL PINO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: No Aplica Complementario : CCRR/Auditoría
		Código: HGO-09
		Fecha de Aprobación: 20 de Junio del 2013
		Fecha de Vigencia: 20 de Junio del 2018
		Revisión :02
PROTOCOLO MANEJO DE METRORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.		

6. Documentación de Referencia:

- Guía Perinatal Ministerial.

7. Distribución:

- Maternidad Urgencia, Maternidad Hospitalizados, Pabellón Maternidad, Médico Jefe, Matrona Coordinadora, Matrona Supervisora,

8. Flujograma:

- No aplica.

9. Control de cambio del Documento

Corrección N°	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en
1 ^a	Julio 2012	Modificación texto	
2 ^a	Junio 2013	Formalización y Actualización	Carpeta compartida

10. Anexos

No Aplica