

Urkund Analysis Result

Analysed Document: VERONICA LUNA V.docx (D16153327)
Submitted: 2015-11-11 22:55:00
Submitted By: vjlv2208@hotmail.com
Significance: 6 %

Sources included in the report:

<http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-prevencin-diagnostico-tratamientohemorragiaposparto>
[https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_ =](https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_=)
<http://tocogineco.jimdo.com/app/download/2361311819/HEMORRAGIAS%20DE%20LA%20SEGUNDA%20MITAD%20DEL%20EMBARAZO.pps?t=1269318157>
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf

Instances where selected sources appear:

7

INTRODUCCION

Se define como hemorragia de la segunda mitad del embarazo al sangrado que tiene lugar después de las 22 semanas de gestación.

Tiene como principal fuente de sangramiento el sitio de inserción placentaria, y constituyen la causa más común de pérdida mayor de 800cc, y son dos las entidades que más frecuentemente la ocasionan, la placenta previa (PP) y el desprendimiento prematuro de la placenta (DPP) o rotura uterina. Sin embargo,

a pesar del escrutinio de la placenta después del parto, no se llega a encontrar una causa identificable de la hemorragia en 25 a 35% de los casos.

0: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf

59%

El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto preteremino, causa importante de morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna,

además de que también se puede asociar a sufrimiento fetal agudo y a óbito fetal.

Por otro lado, tanto el desprendimiento prematuro de la placenta,

como la placenta previa pueden ser causantes de sangrado materno importante, a veces asociado a

coagulación intravascular diseminada.

En el 5% de los embarazos se producen hemorragias anteparto, en 1% por placenta previa, ambos pueden ser cataclísmicos y causar mortalidad en la madre y/o producto de la gestación.

Uno de

los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas en el año 2000

es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015.

En la Hemorragia Postparto (

HPP) consiste en

la condición cuando la pérdida sanguínea es de tal magnitud que produce cambios hemodinámicos que hacen necesario

transfundir elementos sanguíneos.

Se estima que la HPP ocurre en 4% de los partos vaginales y en 6% de los partos por cesárea; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se presentan entre 14 a 20 millones de complicaciones maternas por HPP anuales. El 20.8% de las muertes maternas en Latinoamérica se deben a complicaciones hemorrágicas.

Esto implica reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con hemorragia posparto (HPP) garantizando la implementación de intervenciones de probada eficacia y el acceso de las pacientes a servicios de atención obstétrica seguros y de alta calidad brindados por profesionales competentes. 11 11

DESARROLLO

La placenta previa es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima que actualmente acontece en 1/200 gestaciones; esta representan el 20 % de las hemorragias del tercer trimestre de gestación y con llevan una elevada morbimortalidad materno-fetal. Actualmente se considera que son la tercera causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa de histerectomía obstétrica.

La placenta previa se puede clasificar durante el embarazo en:

Placenta de inserción

0: <http://tocogineco.jimdo.com/app/download/2361311819/HEMORRAGIAS%20DE%20LA%20SEGUNDA%20MITAD%20DEL%20EMBARAZO.pps?t=1269318157> 61%

baja: el borde placentario se encuentra a menos de 2 cm de orificio cervical interno (

OCI) Placenta marginal: la placenta llega justo al borde del OCI, pero no lo sobrepasa. Placenta oclusiva parcial: el OCI está cubierto de manera parcial por la placenta. Placenta oclusiva total:

la placenta cubre completamente el OCI. Sin embargo, de cara al parto esta clasificación se debe simplificar en: Oclusiva: no permite el parto vaginal, incluye la placenta oclusiva parcial y la placenta oclusiva total. No oclusiva: puede permitir el intento de parto vaginal. Incluye la placenta de inserción baja y la placenta marginal. (Esquema 1) Un artículo de la revista Elsevier sobre protocolos asistenciales en obstetricia, señala que Por su rapidez, inocuidad y seguridad, el método de elección para diagnosticar la placenta previa es la ecografía. Aunque la ecografía abdominal es un buen método para diagnosticar la placenta previa, hasta un 26-60% de los diagnósticos realizados con ecografía abdominal cambian al realizar ecografía vaginal durante el segundo trimestre. Y un 12.5% al realizarla en el tercer trimestre. (1) 21 21 Según el instituto americano de ultrasonido en medicina señala: Durante la ecografía obstétrica de segundo y tercer trimestre, la posición de la placenta en relación con el orificio cervical interno debe ser evaluado para determinar si la placenta previa es, de baja altitud, o distante del canal cervical. En nuestra institución, se utiliza el término placenta baja para referirse a las placentas que terminan dentro de 2 cm del orificio cervical interno, pero no lo cubre, antes de las 24 semanas. (Figura 1A) Una placenta baja puede asociarse con hemorragia preparto y puede ser una indicación de cesárea si persiste en el tercer trimestre. Por lo tanto, los pacientes con un diagnóstico de una placenta baja o placenta previa en el segundo trimestre se han programado regresar para seguimiento exámenes ecográficos de reevaluar la ubicación de la placenta. Existen múltiples estudios que documentan la migración en el tiempo del borde inferior de la placenta de distancia del orificio cervical interno como el embarazo

progresa y el segmento uterino inferior se desarrolla(Figura 1B) (2) En un estudio longitudinal mustafa y cols encontraron con ecografía transvaginal una tasa de placenta marginal u oclusiva del 42 % entre la semana 11 y 14; del 3.9% entre la 20 y 24 semanas y del 1.9% a término.

Numerosos estudios confirman que

la ecografía transvaginal es segura como método diagnóstico de placenta previa,

incluso en aquellos casos con sangrado activo en el momento de la realización de la ecografía.

Su empleo no incrementa el riesgo de hemorragia y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal

para la

localización de la placenta (1) A partir de 24 semanas de gestación en adelante, diferenciamos aquellos placentas que terminan dentro de 1 cm de los orificio interno por ellos informes previa como marginales, desde los que terminan de 1 a 2 cm desde el orificio interno, que nos informe como de baja altitud. Placentas que terminan más de 2 cm desde el orificio interno se informan como "sin previa." (2) La ecografía abdominal presenta una tasa de falsos positivos superior al 25% para el diagnóstico de la placenta previa. La ecografía vaginal presenta mejores resultados (sensibilidad 87.5%; especificidad 98.8%; valor predictivo negativo: 97.6% por lo que en la actualidad se considera a la ecografía transvaginal como el método ideal para el diagnóstico de la placenta previa (1). En resumen, cuando una placenta baja se diagnostica en el segundo trimestre de 16 a 24 semanas, más de 98% de las placentas ya no acercarse al cuello uterino en el momento de la entrega. En casi el 90% de los casos, la placenta será clara del cuello del útero por 32 semanas de gestación y casi 96% en 36 semanas. Un porcentaje muy pequeño de segundo trimestre placentas bajas persiste o progreso de la placenta previa que requiere el parto por cesárea (2) De acuerdo a las guías de práctica clínica sobre la

0: <http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-prevencion-diagnostico-tratamientohemorragiaposparto>

76%

prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto; del Ministerio De Salud Pública Del Ecuador

indica

Entre los factores asociados al trabajo de parto y al parto que inciden en una mayor pérdida de sangre, se encuentran la episiotomía, la cesárea y el trabajo de parto prolongado. 31 31

Se recomienda por tanto

que los profesionales estén preparados para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto

y

que

se instauren medidas profilácticas como

el manejo activo de la tercera etapa del parto en todas las mujeres.

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre en el momento del parto, Susceptible de poner en riesgo su vida.

La mayoría de HPP puede prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto (

MATEP). En muchos países en desarrollo todavía se utiliza el manejo expectante de la tercera etapa del parto en la mayoría de partos que ocurren en el hogar.⁶ Sin embargo, los estudios de Bristol y Hinchingsbrooke que compararon el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP)

versus

el manejo expectante o fisiológico de la tercera etapa del parto, demostraron claramente que, cuando se aplicó el manejo activo, la incidencia de HPP fue significativamente inferior (5,9% con MATEP vs. 17,9% con manejo expectante; y 6,8% con MATEP vs. 16,5% sin MATEP).

Los datos respaldan el empleo habitual del manejo activo de la tercera etapa del parto por parte de todo personal especializado en partos, independientemente del lugar en el que trabajan; el MATEP reduce la incidencia de HPP, la necesidad de transfusión de sangre, y por lo tanto se lo debe incluir en todo programa de intervención destinado a reducir la mortalidad debido a HPP.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (

FIGO)

recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la HPP,

y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar

el

uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado. Los componentes habituales del MATEP incluyen:

Paso 1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro

de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.

Oxitocina, 10 UI intramuscular dentro del primer minuto después del parto del recién nacido o 5 UI intravenosas administradas lentamente, es el agente de elección para el manejo activo de la tercera etapa del parto. Misoprostol 600 mcg VO es menos efectivo que oxitocina, pero puede utilizarse en caso que oxitocina no esté disponible o su administración no sea posible.

Paso 2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los

dos o tres minutos del parto. Paso 3.

Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta,

ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el

sangrado. (3) 41 41

Al encontrarnos

frente a una gestante con sangrado transvaginal, debemos considerar este caso como una emergencia y manejarlo como tal, teniendo en cuenta que probablemente en las próximas horas se produzca el parto espontáneamente o por decisión médica,

y que además pueda ser necesaria la transfusión de hemoderivados.(4)

ACTITUD DIAGNOSTICA ANTE UNA HEMORRAGIA CON SOSPECHA DE PLACENTA PREVIA
En obstetricia hay aserto que señala ``

toda hemorragia del

tercer trimestre es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario``.

Por ello,

una pauta de actuación lógica en estos casos de sospecha de placenta previa es la siguiente: •

Anamnesis: características de la hemorragia, factores causales etc. • Exploración obstétrica externa (maniobra de leopold). Es característico encontrar un útero relajado e indoloro.

Con frecuencia hay alteraciones de la estática fetal. • Ecografía

transvaginal: es la prueba complementaria ideal para confirmar el diagnóstico. • Cardiotocografía: para comprobar el bienestar fetal y la dinámica uterina. •

Especuloscopia:

permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia.

No es una prueba recomendada por todo los autores.

En principio, salvo mejor juicio clínico determinado por las circunstancias clínicas individuales y hasta descartar por ecografía el diagnóstico de placenta previa

no se recomienda realizar un tacto vaginal por el riesgo de aumentar la cuantía de la hemorragia.

Cuando se realice el tacto, es recomendable practicarlo en un área con posibilidad de medios quirúrgicos inmediatos. (1) En la revista elsevier indica sobre: MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA SINTOMÁTICA En la actualidad se tiende a realizar un manejo conservador expectante de la placenta previa sintomática antes del término y con buen estado hemodinámico

El tratamiento conservador estaría indicado cuando: •

La

hemorragia no es grave • El estado hemodinámico materno es estable •

La edad gestacional es inferior a 36-37 semanas o hay inmadurez pulmonar fetal. •

Feto vivo, sin malformaciones incompatibles con la vida,

ni datos de pérdida del bienestar fetal. • No hay contraindicaciones médicas u obstétricas para prolongar

la gestación. El manejo se basa en: • Estabilización hemodinámica. • 51 51

Control del bienestar fetal. • Maduración pulmonar con corticoides. • Reposo • Evitar tactos vaginales. •

Intentar mantener el hematocrito materno mayor 30% y la hemoglobina

mayor 10 g/

dl.

Con este manejo conservador se pretende alcanzar la madurez fetal en ausencia de compromiso hemodinámico para la madre y con vigilancia estricta del bienestar fetal.

Si la hemorragia compromete el estado hemodinámico materno – fetal, el tratamiento será la finalización de la gestación con independencia de la edad gestacional. (1)

La actuación más lógica ante una placenta previa sintomática, es el ingreso y control hospitalario, planteándose el alta una vez que el cuadro se ha estabilizado. El manejo hospitalario de la placenta previa se basa en: reposos, pero permitiendo el aseo de la paciente. •

Evitar los tactos vaginales. • Control de constantes maternas. • Control de perdidas hemáticas •

Controles analíticos • Control periódico del bienestar fetal. • Tratamiento de la amenaza de parto pretermo. • Aceleración de la maduración pulmonar con corticoides. •

En primer episodio de sangrado en gestantes Rh (-) se deberá realizar profilaxis de la isoimmunización con gammaglobulina anti D. La readministración no sería necesaria si se produce el parto o acontece un nuevo sangrado en las siguientes tres semanas, a menos que se detecte una hemorragia feto – materna importante. (1). • MANEJO DE PARTO: •

Antes del parto, la paciente debe ser informada de las diferentes alternativas (parto vaginal o cesárea)

en función del tipo de placenta previa que presente (

oclusiva o no oclusiva). Igualmente debe de conocer la posibilidad de precisar una transfusión. • 61 61 Los casos de placenta previa sin cesárea anterior conllevan un riesgo importante de hemorragia obstétrica masiva e histerectomía. • 61 61 En caso de placenta previa no complicada, el parto puede retrasarse hasta la 38 – 39 semana completa de gestación. TIPO DE PARTO: • La vía de parto en caso de placenta previa oclusiva es la cesárea. En los casos de placenta previa no oclusiva (placenta marginal o placenta de inserción baja), puede plantearse la opción del parto vaginal, esperando

al inicio espontaneo

del parto y decidiendo la vía del parto en función de la evolución del caso. •

En los casos de placenta baja (que llega a 2 -3 cm del orificio cervical interno) o de placenta marginal, el riesgo de sangrado durante el parto no significativo. En

muchos casos, la cabeza fetal al descender, comprime la zona de placenta sangrante y

se consigue el cese de la hemorragia. En el caso de que la placenta este a menos de 2 cm del orificio cervical interno, el ROCG recomienda finalizar el embarazo mediante cesárea, la SOGC señala que cuando la distancia entre la placenta y el orificio cervical interno es menor a 2cm, la tasa

de cesáreas es mas alta, aunque indica que el parto vaginal es posible en dependencia de las circunstancias clínicas del caso correcto.(1) La

0: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 87%

hemorragia postparto es sangrado <500 ml durante el parto vaginal, <1000 ml luego de una cesárea; o perdida sanguínea que produzca inestabilidad hemodinámica.

0: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 84%

La primera hora desde el inicio de la hemorragia es fundamental, por lo que la mayoría de las medidas terapéuticas básicas deben ser realizadas en este periodo de tiempo. Es lo que se conoce como la hora dorada de la reanimación (5) En revista médica la paz, sobre hemorragia obstétrica,

nos señala: MANEJO DE HEMORRAGIA POSTPARTO

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en tres pilares fundamentales: I. Medidas generales II. Resucitación

III. Control del sangrado:

A. Tratamiento no quirúrgico 1 Medicamentoso (de primera línea)

2 Intervencionista (de segunda línea)

3 Radiológico

B. Tratamiento quirúrgico

71 71

1 Cirugía conservadora

2 Cirugía radical (6)

I. MEDIDAS GENERALES a. Historia clínica detallada, para identificar la causa del sangrado genital. - Sonda Vesical para vaciar vejiga y cuantificar diuresis horaria. - Identificar posibles restos ovulares o laceración del tracto genital. - Cuantificar la perdida sanguínea. b. Monitoreo del estado hemodinámico y la resucitación adecuada - Electrocardiograma, presión arterial y saturación de oxígeno. - Monitoreo invasivo en paciente hemodinámicamente inestable (6)

Ante esta situación dentro de los primeros 30 minutos se deberá: -

Evaluar vía aérea y ventilación: administrar oxígeno (O₂) mediante mascara de flujo libre. Si existe compromiso de la vía aérea por deterioro de conciencia, realizar intubación orotraqueal en secuencia rápida. - Monitorización: Electrocardiograma (ECG), Presión Arterial No Invasiva (PANI), Saturación de O₂. - Colocar 2 gruesas vías venosas periféricas (14-16G) -Reposición de la volemia: bolos de 250- 500cc de cristaloides entibiados, objetivo: PAS 80-100mmHg. (5)

II. RESUCITACIÓN Es restaurar el volumen sanguíneo y mantener la perfusión de los tejidos, para ello se debe seguir los siguientes pasos: - Volumen alto de oxígeno 8L/minuto. - Cabeza baja, recostada de lado izquierdo si aún no hubo parto, para evitar compresión aortocava. - Acceso venoso

de gran calibre de 14G o 16G,

se requiere dos vías, previa toma de hemograma, coagulograma y pruebas cruzadas, fibrinógeno. - Líquidos: cristaloides, coloides evitando dextrans para no alterar la agregación plaquetaria (no exceder 3 a 5 litros) previa transfusión sanguínea. Para iniciar la reposición y expansión del volumen circulante se puede usar 1000-2000 ml de soluciones cristaloides, la relación es 3:1 o coloides relación 1:1. La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía, por lo que los líquidos a reponer deben estar alrededor de los 37 grados para evitar la hipotermia. - Corregir la acidosis y la hipocalcemia. 81 81 - Transfusiones de paquete globular cuando se ha perdido 30 a 40% de la volemia, Hb 6, o Hb 10 con sangrado activo. - Se recomienda transfusión de plaquetas, cuando $> 75 \times 10^3$. La Dosis recomendada es una unidad de plaquetas por 10 kg. De peso. - Evitar coagulopatía dilucional, con productos de coagulación, se acepta hemoglobina de 8 mg/dl.(6) -

Uso temprano de factor VII activado recombinante. Los objetivos a alcanzar son: • Fibrinógeno, < 100 mg/dL • Hematocrito, 21 % (hemoglobina, 7 g/dL) • Recuento de plaquetas, $< 50 \times 10^3 / \mu\text{L}$. Tiempo de protrombina y APTT, > 1.5 tiempos control (Relación Internacional Normalizada RIN > 1.5). (6)

Según la guía práctica de hemorragia postparto del ministerio de salud pública;

Una vez que la hemorragia posparto ha sido identificada, el manejo del caso Debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo

simultáneamente (3) III.CONTROL DEL SANGRADO a) TRATAMIENTO NO QUIRURGICO • Tratamiento Farmacológico: -

Administrar drogas uterotónicas^{1º} opción: Oxitocina 5UI i/v en bolo lento o infusión de 20-40UI en 1lt de SF a pasar 500-1000ml/h. - Si no se dispone de Oxitocina o el sangrado persiste: - Metilergonovina (Methergin®) 0,2mg i/v en bolo lento, se puede repetir cada 2-4 hrs. Máximo 1mg (5 dosis) en 24 hrs. Contraindicada: HTA, patología cardiovascular, preeclampsia-eclampsia. Si el sangrado persiste o no se dispone de los fármacos anteriores: - Carbetocina 100 μg i/v en bolo lento - Misoprostol 800 μg sublingual.

u de 800-1.000 μgr vía rectal en la hemorragia (Figura 2) - De

continuar el sangrado luego de los 60 minutos: Considerar administrar Acido Tranexámico 25mg/kg, que puede repetirse o continuar con una infusión a 1-2 mg/kg/hr. Considerar administrar factor VII recombinante activado 40 $\mu\text{g}/\text{Kg}$. 91 91

0: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 73%

Clasificación de grupo ABO y pruebas cruzadas. (5) • Tratamiento Intervencionista - Vaciar vejiga, masaje uterino bimanual y examen del tracto genital. Considerar: - Compresión uterina bimanual, - Taponamiento con balón intrauterino:

catéter Sengstaken Blakemore, Barki. - La colocación de un balón (Cobra Cordis 5F) a la arteria iliaca interna a través de la femoral común, siguiendo la técnica de Seldinger, a una presión 1-2 atm., se insufla y se deja por 24 horas a 48 horas, con profilaxis antibiótica, este procedimiento es seguro, efectivo y se puede realizar en pacientes inestables.(6)

Si el sangrado persiste, en menos de 60 minutos: - Colocar vía arterial para obtención de muestras sanguíneas seriadas y medición invasiva de la presión arterial. - Colocar acceso venoso central, para control de la presión venosa central y saturación venosa de oxígeno. (5) •

Tratamiento Radiológico En paciente estable, la embolización de la arteria uterina alcanza una efectividad del 90%, preservando la fertilidad y recuperando las menstruaciones en un 100% después de un parto. (6)

a) TRATAMIENTO QUIRURGICO • Cirugía Conservadora -Ligadura de Arteria Uterina inmediatamente después del alumbramiento. -Ligadura de la arteria iliaca interna efectiva en un 84%. (6)

La ligadura arterial puede resultar útil cuando otros métodos de control de la HPP han fallado. Determina un descenso de la presión de pulso distal a la ligadura, lográndose más fácilmente la hemostasis y la formación del coagulo. (5) -

Balón del Catéter Fogarty, colocado en arteria iliaca interna durante el preoperatorio sin complicaciones en la cesárea histerectomía. -

sutura de B-Lynch, en sus ventajas altas tasas de éxito fácil de realizar y de conservar la fertilidad (6)

La técnica más conocida es la descrita 101 101 por B-Lynch en 1997, la cual consiste en realizar suturas que abracen el útero de modo que la cara anterior establezca contacto con la cara posterior y se ejerza presión continua. Requiere histerotomía por lo que es particularmente útil en la cesárea en la que de por sí requiere apertura del útero. En 2002, Hayman y colaboradores describen una modificación de la técnica que no requiere histerotomía y que presenta 100% de eficacia, se han descrito varias modificaciones de las suturas compresivas, todas con altas tasas de eficacia. (5)

La técnica consiste en el paso de una sutura continua por el útero para aplicar compresión sostenida a las paredes del útero. Este procedimiento es mucho más rápido y simple que efectuar una histerectomía o ligadura de la arteria iliaca interna; sobre todo si el objetivo principal es preservar la fertilidad. Es necesario extraer el útero de la cavidad abdominal; después del alumbramiento se realiza la sutura compresiva del útero.

0: [https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_="](https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_=)

71%

La técnica consiste en el paso de una sutura continua uterina en la cara anterior y posterior del útero

con material reabsorbible. La modificación a la técnica original de B-Lynch es segura y efectiva porque permitió preservar el útero en 21 pacientes según estudio. Por esto se propone su aplicación cuando fallan los uterotónicos y es necesario preservar el útero y la fertilidad de la mujer. el estudio demuestra que la hemorragia posparto puede controlarse con esta compresión uterina. En la bibliografía se reportan tasas de éxito con la técnica de B-Lynch de alrededor de 80 a 100%, con otras técnicas, como la de Hayman, 90% de éxito, Ouahba 95% y Cho 100%. Esta sutura de compresión puede realizarse a los 2-3 minutos después de haberse familiarizado con la técnica. En general, la mayoría de las pacientes a quienes se aplicó la modificación de la técnica no tenía otros factores de comorbilidad, ninguna tuvo sangrado adicional debido a la sutura; los loquios fueron de características normales, sin hematómetras en el seguimiento ecográfico durante el puerperio mediano o tardío. (7) • Cirugía Radical HISTERECTOMÍA

La histerectomía puede llegar a ser el tratamiento definitivo de la HPP principalmente por atonía uterina y placenta ácreta. Tiene una incidencia aproximada de 0,8 cada 1000 partos. La histerectomía periparto no debe ser demorada si las técnicas alternativas han fallado y la paciente continua sangrando. Es fundamental el rápido control del sangrado uterino para disminuir la morbilidad, evitar el desarrollo de una CID y prevenir la muerte de la paciente. La técnica puede resultar dificultosa ya que el útero se encuentra edematoso, aumentado de tamaño y congestivo.

Las complicaciones de la histerectomía perioperatoria incluyen infección del sitio quirúrgico, lesión vesical y ureteral; otra hemorragia intraabdominal y lesión en otros órganos. (5) 111 111

La histerectomía es la opción más segura para personal poco entrenado o cuando fallan las ligaduras vasculares y puntos hemostáticos. (3) 121 121

X

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: <http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-prevencin-diagnostico-tratamientohemorragiaposparto>

2: <http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-prevencin-diagnostico-tratamientohemorragiaposparto> 76%

prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto;
del Ministerio De Salud Pública Del Ecuador

2: <http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-prevencin-diagnostico-tratamientohemorragiaposparto> 76%

Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento de la Hemorragia Posparto
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Instances from: [https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_ =](https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_=)

6: [https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_ =](https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_=) 71%

La técnica consiste en el paso de una sutura continua uterina en la cara anterior y posterior del útero

6: [https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_ =](https://fb.docs.com/LJ8G?_escaped_fragment_=) 71%

La técnica consiste en el pasaje de una sutura continua con cátagut crómico N° 2 en la cara anterior y posterior del útero,

Instances from: <http://tocogineco.jimdo.com/app/download/2361311819/HEMORRAGIAS%20DE%20LA%20SEGUNDA%20MITAD%20DEL%20EMBARAZO.pps?t=1269318157>

1: <http://tocogineco.jimdo.com/app/download/2361311819/HEMORRAGIAS%20DE%20LA%20SEGUNDA%20MITAD%20DEL%20EMBARAZO.pps?t=1269318157> 61%

baja: el borde placentario se encuentra a menos de 2 cm de orificio cervical interno (

OCI) Placenta marginal: la placenta llega justo al borde del OCI, pero no lo sobrepasa. Placenta oclusiva parcial: el OCI está cubierto de manera parcial por la placenta. Placenta oclusiva total:

1: <http://tocogineco.jimdo.com/app/download/2361311819/HEMORRAGIAS%20DE%20LA%20SEGUNDA%20MITAD%20DEL%20EMBARAZO.pps?t=1269318157> 61%

baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el OCI. • Tipo II. Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del OCI, pero no lo sobrepasa. • Tipo III. Placenta oclusiva parcial. El OCI está cubierto de manera parcial por la placenta. • Tipo IV. Placenta oclusiva total.

Instances from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext

3: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 87%

hemorragia postparto es sangrado <500 ml durante el parto vaginal, <1000 ml luego de una cesárea; o pérdida sanguínea que produzca inestabilidad hemodinámica.

4: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 84%

La primera hora desde el inicio de la hemorragia es fundamental, por lo que la mayoría de las medidas terapéuticas básicas deben ser realizadas en este periodo de tiempo. Es lo que se conoce como la hora dorada de la reanimación (5) En revista médica la paz, sobre hemorragia obstétrica,

5: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 73%

Clasificación de grupo ABO y pruebas cruzadas. (5) • Tratamiento Intervencionista - Vaciar vejiga, masaje uterino bimanual y examen del tracto genital. Considerar: - Compresión uterina bimanual, - Taponamiento con balón intrauterino:

3: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 87%

HEMORRAGIA OBSTETRICA POSTPARTO (HPP)

HPP: sangrado <500 ml durante el parto vaginal, <1000 ml luego de una cesárea; o pérdida sanguínea que produzca inestabilidad hemodinámica.

4: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 84%

La primera hora desde el inicio de la hemorragia es fundamental, por lo que la mayoría de las medidas terapéuticas básicas deben ser realizadas en este periodo de tiempo. Es lo que se conoce como la hora dorada de la reanimación. (4,16)

Bonner describe para la hemorragia obstétrica

5: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732014000100005&script=sci_arttext 73%

Clasificación de grupo ABO y pruebas cruzadas.

-Identificar causa del sangrado y realizar tratamiento etiológico: vaciar vejiga, masaje uterino y examen del tracto genital.

-Considerar Compresión Aortica, Compresión uterina bimanual, Taponamiento con balón intrauterino.

Instances from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf

0: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf 59%

El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto pretermo, causa importante de morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna,

0: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf 59%

El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna;