

Emergencias obstétricas: hemorragia postparto

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Emergencias obstétricas: hemorragia postparto

La hemorragia postparto (HPP) es la pérdida de sangre superior a 500 ml tras un parto vaginal o superior a 1000 ml tras una cesárea. Es la primera causa de mortalidad materna a nivel mundial, responsable de aproximadamente el 25% de todas las muertes maternas según la OMS. La HPP severa puede causar la muerte en menos de 2 horas si no se interviene. En situaciones de emergencia o aislamiento donde no hay acceso a atención hospitalaria, conocer las maniobras de primera respuesta es crítico para la supervivencia de la madre. Este artículo detalla los protocolos de la OMS, la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y el ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) para el manejo de la HPP.

Causas de la hemorragia postparto: las 4 T

La nemotecnia de las "4 T" permite identificar sistemáticamente la causa de la HPP y dirigir el tratamiento. En el 70-80% de los casos, la causa es la atonía uterina (Tono). Es fundamental evaluar cada T en orden, ya que el tratamiento varía radicalmente según la causa.

Causa (4T)

Frecuencia

Mecanismo

Signos clave

Tono (atonía uterina)

70-80%

El útero no se contrae tras expulsión de la placenta

Útero blando, globuloso, por encima del ombligo; sangrado continuo rojo oscuro

Trauma (desgarros)

10-20%

Laceraciones del canal del parto, rotura uterina

Útero firme y contraído pero el sangrado continúa; sangre roja brillante

Tejido (retención placentaria)

5-10%

Restos de placenta o membranas retenidos

Placenta incompleta tras revisión; útero no se contrae completamente

Trombina (coagulopatía)

1-3%

Trastorno de coagulación (CID, preeclampsia)

Sangrado difuso sin coágulos, sangrado por venopunciones, equimosis

Evaluación inicial y activación de respuesta

Ante cualquier sangrado postparto que parezca excesivo, se debe actuar con urgencia. La estimación visual del sangrado tiende a subestimar la pérdida real en un 30-50%. Los signos vitales pueden permanecer estables hasta pérdidas de 1000-1500 ml gracias a los mecanismos compensatorios del embarazo (volemia aumentada un 40-50%).

Clase de hemorragia

Pérdida estimada

Signos clínicos

Acción

Clase I

500-1000 ml (10-15%)

Taquicardia leve, TA normal, piel caliente

Masaje uterino, vigilancia estrecha

Clase II

1000-1500 ml (15-25%)

Taquicardia >100, hipotensión leve, palidez

Masaje + fluidos IV + preparar traslado

Clase III

1500-2000 ml (25-35%)

Taquicardia >120, hipotensión, oliguria, agitación

Compresión bimanual + fluidos agresivos + traslado urgente

Clase IV

>2000 ml (>35%)

Shock hipovolémico, letargia/coma, anuria

Todas las maniobras simultáneamente + reanimación

Masaje uterino bimanual

El masaje uterino es la primera maniobra a realizar ante una HPP por atonía uterina y es efectivo en el 80% de los casos. El objetivo es estimular la contracción del miometrio para comprimir los vasos sanguíneos uterinos.

Masaje externo (primera maniobra): Localizar el fondo uterino palpando el abdomen (normalmente a nivel del ombligo tras el alumbramiento). Colocar la mano dominante sobre el fondo uterino con los dedos en la cara posterior y el pulgar en la cara anterior. Realizar movimientos circulares firmes y rítmicos. Exprimir los coágulos hacia la vagina. Continuar hasta que el útero se sienta firme como una "pelota de tenis".

Compresión bimanual (si el masaje externo falla): Con una mano enguantada, introducir el puño cerrado en la vagina y colocarlo contra la cara anterior del útero. Con la otra mano sobre el abdomen, presionar el fondo uterino hacia abajo contra el puño vaginal. Mantener la compresión continua durante al menos 5-10 minutos. Esta maniobra comprime directamente las arterias uterinas entre ambas manos.

Compresión aórtica (medida extrema): Si el sangrado es masivo y no responde a otras maniobras: con el puño, presionar firmemente la aorta abdominal contra la columna vertebral a nivel del ombligo o ligeramente por encima. Verificar eficacia comprobando que desaparece el pulso femoral. Esta maniobra reduce el flujo uterino un 50% y es un puente temporal mientras se prepara el traslado.

Vaciar la vejiga: Antes de cualquier maniobra uterina, asegurarse de que la vejiga está vacía. Una vejiga llena impide la contracción uterina eficaz. Si la paciente no puede orinar espontáneamente, realizar sondaje vesical si se dispone de material.

Maniobras de taponamiento y compresión

Cuando el masaje uterino no controla el sangrado, se recurre a técnicas de taponamiento que ejercen presión directa sobre la superficie endometrial sangrante.

Taponamiento uterino con balón improvisado: Si no hay balón de Bakri disponible: introducir un condón o un guante quirúrgico atado a una sonda de Foley en la cavidad uterina. Inflar con 300-500 ml de suero salino o agua limpia. La presión intracavitaria comprime los vasos sangrantes. Técnica descrita por la OMS como alternativa en entornos de bajos recursos.

Traje antishock no neumático (TAN): Prenda compresiva que se envuelve alrededor de las piernas, pelvis y abdomen con tiras de velcro. Redistribuye la sangre de extremidades inferiores a órganos vitales y comprime los vasos pélvicos. Puede reducir la pérdida sanguínea hasta un 50%. Alternativa improvisada: envolver firmemente sábanas o vendas desde los tobillos hasta el abdomen.

Reposición de volumen y manejo del shock

La reposición de volumen es fundamental y debe iniciarse simultáneamente con las maniobras mecánicas. En entornos sin acceso a hemoderivados, los cristaloideos son la primera línea.

Acceso venoso: Canalizar dos vías venosas periféricas de calibre grueso (14G o 16G) en ambos antebrazos. Si no es posible el acceso periférico por colapso venoso, considerar acceso intraóseo tibial.

Fluidos: Suero fisiológico (NaCl 0.9%) o Ringer Lactato. Bolo inicial de 1000-2000 ml en 15-20 minutos. **Objetivo:** mantener tensión arterial sistólica >90 mmHg y diuresis >30 ml/hora. Evitar sobrehidratación que puede diluir factores de coagulación y empeorar la coagulopatía.

Posición de Trendelenburg: Elevar las piernas 15-30° para mejorar el retorno venoso. No usar posición de Trendelenburg completa (cuerpo entero inclinado) porque puede comprometer la ventilación por peso abdominal sobre el diafragma.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.