

Emergencias obstétricas en campo: hemorragia posparto y preeclampsia

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Emergencias obstétricas en campo: hemorragia posparto y preeclampsia

La hemorragia posparto (HPP) y la preeclampsia/eclampsia son las dos principales causas de mortalidad materna en el mundo según la OMS (2023), responsables conjuntamente de más del 40 % de las muertes maternas globales. En un escenario de colapso o aislamiento sin acceso hospitalario, el socorrista debe conocer las maniobras de emergencia que pueden salvar la vida de la madre mientras se organiza la evacuación. Este artículo detalla los protocolos basados en las guías de la OMS (2023), el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) y la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), adaptados a entornos austeros con recursos limitados.

Hemorragia posparto: definición y fisiopatología

La OMS define la hemorragia posparto como la pérdida de 500 ml o más de sangre en las primeras 24 horas tras el parto vaginal, o 1.000 ml tras cesárea. La HPP grave supera los 1.000 ml independientemente de la vía. La causa más frecuente (70-80 % de los casos) es la atonía uterina: el útero no se contrae adecuadamente tras la expulsión de la placenta, dejando abiertos los vasos espirales del lecho placentario que normalmente se ocluyen por la contracción miometrial (ligaduras vivientes de Pinard).

Atonía uterina (70-80 %): El útero permanece blando y distendido tras la expulsión placentaria. Factores de riesgo: parto prolongado, sobredistensión uterina (gemelar, polihidramnios, macrosomía), multiparidad (más de 5 partos), uso previo de oxitocina y corioamnionitis. Es la causa más tratable en campo.

Traumatismo del canal del parto (20 %): Desgarros cervicales, vaginales o perineales. Más frecuentes en primíparas, partos instrumentados o fetos macrosómicos. La hemorragia es arterial roja brillante con útero bien contraído, lo que la diferencia de la atonía.

Retención placentaria (5-10 %): Parte o toda la placenta permanece adherida al útero. La placenta no expulsada en 30 minutos tras el parto se considera retenida. La placenta acreta (penetración anormal en el miometrio) es la forma más grave y puede requerir histerectomía.

Coagulopatía (Fallo del sistema de coagulación por CID (coagulación intravascular diseminada), desprendimiento placentario, embolia de líquido amniótico o sepsis. La sangre no coagula en el recipiente de recogida. Es la causa más grave y la de peor pronóstico en campo.

Manejo de la HPP en campo: protocolo paso a paso

El abordaje sigue la nemotecnia de la FIGO: las 4 T (Tono, Traumatismo, Tejido, Trombina). En un entorno

austero, la secuencia de actuación prioriza las intervenciones mecánicas que no requieren medicación.

Regla de oro: La HPP puede matar en menos de 2 horas. Cada minuto sin tratamiento reduce la supervivencia. Active la evacuación médica de forma **SIMULTÁNEA** al inicio de las maniobras, no después. No espere a ver si las maniobras funcionan.

1. Masaje uterino bimanual externo: Técnica de primera línea según la OMS. Coloque la mano dominante sobre el fondo uterino (a nivel del ombligo o por encima) y realice un masaje firme y circular. El objetivo es estimular la contracción miométrial. Mantenga el masaje durante al menos 15 minutos continuos. Un útero bien contraído se palpa como una bola dura del tamaño de un pomelo a nivel del ombligo.

2. Vaciamiento vesical: Una vejiga distendida impide la contracción uterina. Si la paciente puede orinar espontáneamente, anímela a hacerlo. Si no, considere sondaje vesical con sonda Foley si dispone del material y la formación. La vejiga llena es una causa tratable y frecuentemente olvidada de atonía persistente.

3. Compresión uterina bimanual interna (maniobra de Hamilton): Si el masaje externo falla tras 15 minutos: introduzca una mano enguantada en la vagina con el puño cerrado contra la cara anterior del útero, y con la otra mano comprima el fondo uterino a través del abdomen contra el puño. Mantenga la compresión durante 5 minutos o hasta que el útero se contraiga. Esta maniobra es dolorosa – avise a la paciente y mantenga comunicación constante.

4. Compresión aórtica externa: Medida temporal de rescate mientras se prepara el traslado. Con el puño cerrado, comprima la aorta abdominal contra la columna vertebral a nivel del ombligo o ligeramente por encima. Verifique la eficacia comprobando que el pulso femoral desaparece. Puede mantenerla hasta 20 minutos alternando cada 5 minutos.

5. Taponamiento uterino con balón improvisado: Técnica descrita en las guías de la OMS para entornos de bajos recursos. Use un condón o un guante quirúrgico atado a una sonda Foley o tubo nasogástrico. Introduzca en la cavidad uterina y llene con 300-500 ml de suero salino o agua limpia. El taponamiento ejerce presión hidrostática sobre las arterias espirales. Tasa de éxito del 85-90 % según revisión Cochrane 2020.

Estimación de pérdida

Signos clínicos

Clase de shock

Actuación

500-1.000 ml (15-20 %)

Taquicardia leve (100-120), PA normal, ansiedad

Compensado (I)

Masaje uterino, oxitocina si disponible, fluidoterapia oral

1.000-1.500 ml (20-30 %)

Taquicardia > 120, PA sistólica 80-90, palidez, sudoración

Moderado (II)

Compresión bimanual, fluidoterapia IV si posible, activar evacuación

1.500-2.000 ml (30-40 %)

Taquicardia > 130, PA

Grave (III)

Compresión aórtica + taponamiento con balón, evacuación urgente

> 2.000 ml (> 40 %)

Pulso filiforme o ausente, inconsciente, anuria

Masivo (IV)

RCP si PCR, todas las maniobras simultáneas, pronóstico muy grave sin cirugía

Preeclampsia y eclampsia: reconocimiento y manejo de emergencia

La preeclampsia afecta al 3-5 % de los embarazos y se define como hipertensión (PA $\geq$ 140/90 mmHg) de nueva aparición después de la semana 20 de gestación, asociada a proteinuria o disfunción orgánica. La eclampsia es la complicación convulsiva de la preeclampsia y constituye una emergencia vital. El sulfato de magnesio es el tratamiento de elección según las guías de la OMS, ACOG y NICE.

Signos de alarma de preeclampsia grave: PA $\geq$ 160/110 mmHg, cefalea frontal u occipital persistente que no cede con analgésicos, alteraciones visuales (fotopsias, escotomas, visión borrosa), dolor epigástrico o en hipocondrio derecho (distensión de la cápsula de Glisson por edema hepático), hiperreflexia con clonus, oliguria (Sulfato de magnesio: protocolo de Zuspan: Dosis de carga: 4 g IV en 5-20 minutos (diluidos en 100 ml de suero fisiológico). Mantenimiento: 1 g/hora en infusión continua durante 24 horas tras la última convulsión. Monitorizar: reflejo rotuliano (debe estar presente), frecuencia respiratoria (> 16/min) y diuresis (> 25 ml/h). Antídoto: gluconato cálcico 1 g IV lento si aparece toxicidad (abolición de reflejos, depresión respiratoria).

Protocolo de Pritchard (intramuscular, sin bomba IV): Alternativa para entornos sin acceso IV según la OMS. Dosis de carga: 4 g IV lento + 10 g IM (5 g en cada glúteo, con aguja 21G de 8 cm en cuadrante superior externo). Mantenimiento: 5 g IM cada 4 horas alternando glúteos durante 24 horas. Las inyecciones IM son muy dolorosas — añadir 1 ml de lidocaína al 2 % a cada jeringa.

Manejo de la convulsión ecláptica: Posición lateral de seguridad, proteger vía aérea (no introducir objetos en la boca), aspirar secreciones si es posible. Administrar sulfato de magnesio como dosis de carga. Si la convulsión no cede en 15 minutos con magnesio, administrar diazepam 10 mg IV lento como rescate. El parto debe producirse en las siguientes 12 horas tras la estabilización — la eclampsia solo se cura con la finalización del embarazo.

Síndrome HELLP: La combinación de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia (HELLP) complica el 10-20 % de las preeclampsias graves. Los signos de sospecha en campo son: dolor epigástrico intenso, náuseas/vómitos, ictericia y petequias o equimosis espontáneas. La mortalidad materna alcanza el 25 % sin tratamiento hospitalario. Evacuación inmediata obligatoria.

Farmacología de emergencia obstétrica en campo

En un escenario de preparacionismo, disponer de ciertos fármacos puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte materna. La OMS incluye estos medicamentos en su Lista de Medicamentos Esenciales.

Fármaco

Indicación

Dosis

Conservación

Notas

Misoprostol 200 µg (comp.)

HPP por atonía (1ª línea sin IV)

800 µg sublingual dosis única

Temp. ambiente, proteger de humedad

OMS lo recomienda como 1ª línea donde no hay oxitocina IV

Oxitocina 10 UI/ml

HPP por atonía (1ª línea con IV)

10 UI IM o 20 UI en 1L IV a 150 ml/h

Refrigeración 2-8 °C, sensible al calor

Pierde eficacia > 30 °C, almacenar con cadena de frío

Sulfato de magnesio 50 %

Eclampsia/preeclampsia grave

Carga 4 g IV + mantenimiento 1 g/h

Temp. ambiente, estable

Monitorizar reflejos, FR y diuresis

Gluconato cálcico 10 %

Antídoto intoxicación por MgSO_4

1 g (10 ml) IV en 3-5 min

Temp. ambiente

Tener siempre junto al MgSO_4

Ácido tranexámico 100 mg/ml

HPP como adyuvante

1 g IV en 10 min (dentro de 3 h del parto)

Temp. ambiente, fotosensible

Reduce mortalidad un 20-30 % según ensayo WOMAN (Lancet 2017)

Preparación y prevención en entornos austeros

La mejor estrategia ante emergencias obstétricas es la planificación previa. En una comunidad o grupo preparacionista, identificar embarazadas, conocer su historial y preparar un kit obstétrico de emergencia

puede reducir drásticamente la mortalidad.

Kit obstétrico mínimo recomendado: Guantes estériles (10 pares), gasas estériles, pinzas de cordón (2), tijeras estériles, sonda Foley 16-18 Fr, condones para taponamiento uterino, jeringuilla 60 ml, suero fisiológico 500 ml, misoprostol 800 µg, sulfato de magnesio 4 ampollas, gluconato cálcico 2 ampollas, ácido tranexámico 2 ampollas, manta térmica, esfigmomanómetro con fonendoscopio.

Formación recomendada: Curso ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) de la AAFP, curso PROMPT (Practical Obstetric Multi-Professional Training) del RCOG, o al menos el módulo de emergencias obstétricas del curso PHTLS/ATLS. La práctica en maniquí de las maniobras de Hamilton y del taponamiento con balón es fundamental.

 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.