

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización  
2017

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE HEMORRAGICO EN OBSTETRICIA

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-162-09

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía : **Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

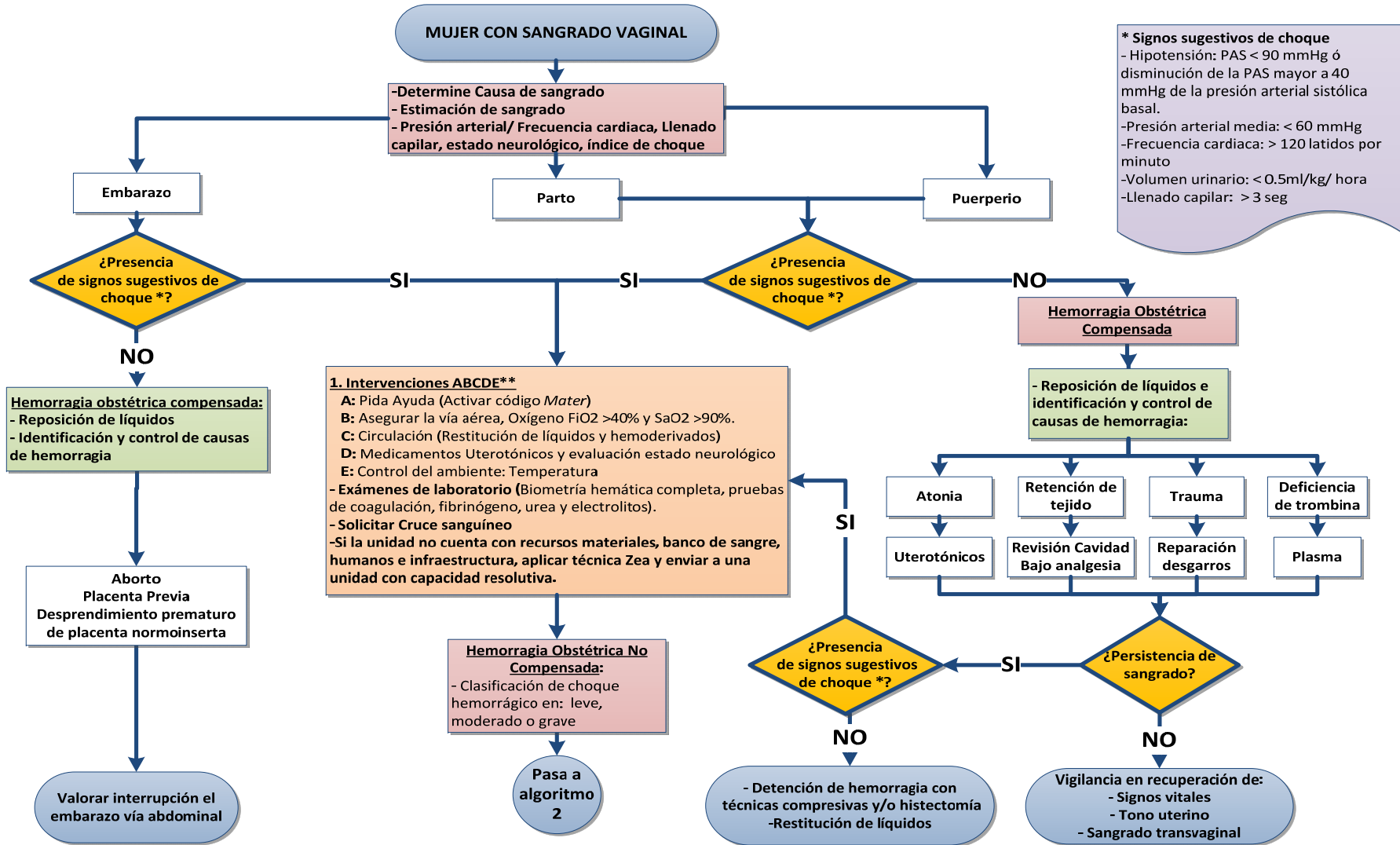
Debe ser citado como: : **Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;

Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

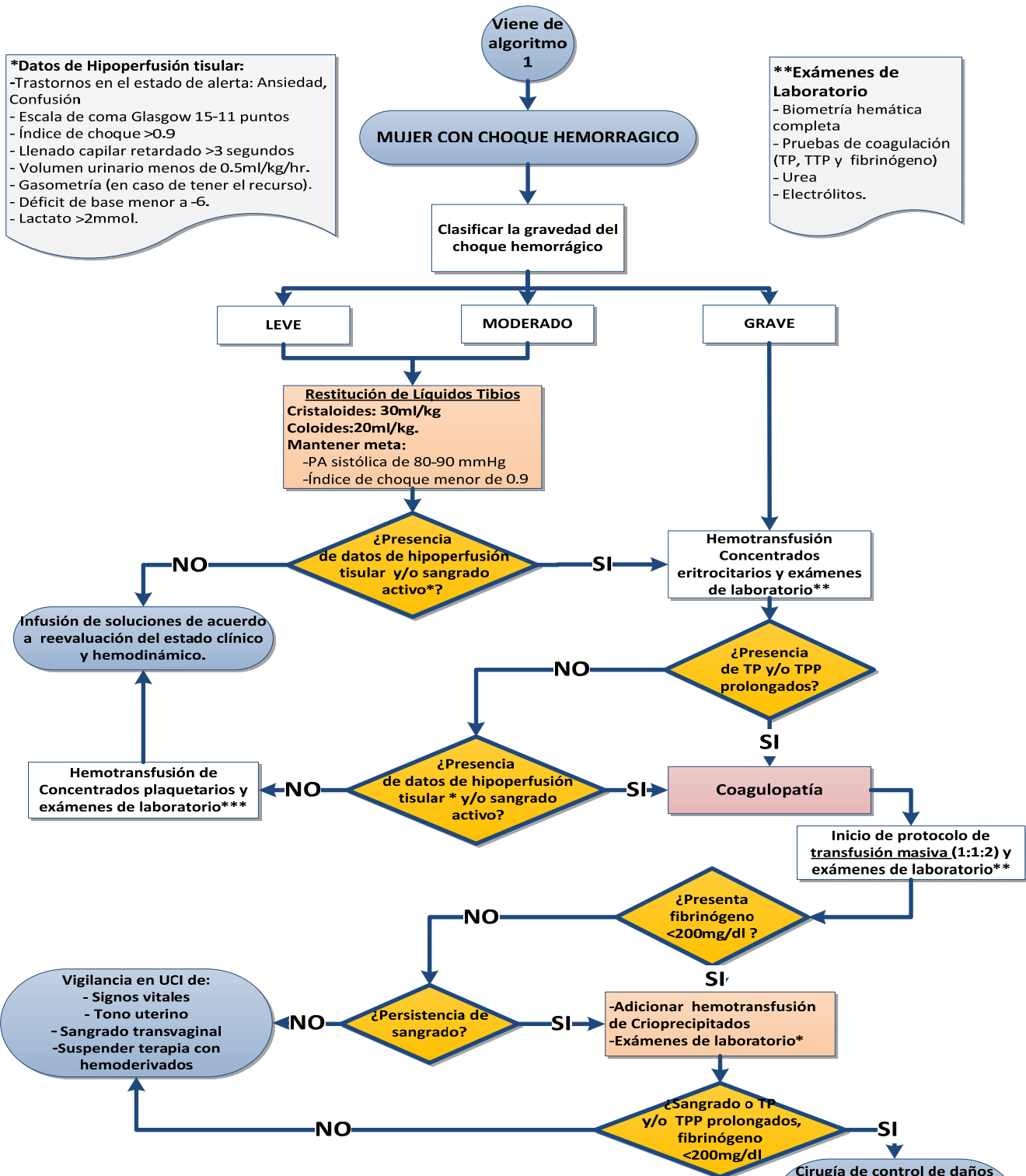
ISBN en trámite

# 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

**Algoritmo 1. Identificación del estado de choque**



**Algoritmo 2. Tratamiento del Choque hemorrágico de acuerdo a su gravedad**



\*Se recomienda utilizar el juicio clínico y considerar el estado hemodinámico, los recursos de la unidad, así como la experiencia de personal de gineco- obstetricia para elegir la intervención quirúrgica para detención de sangrado (suturas compresivas, taponamiento con balón. histrectomía obstétrica. ligadura de arterias hipogástricas o

## 2. INTERVENCIONES

### PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda recibir valoración por anestesiología antes de la interrupción del embarazo en aquellas mujeres embarazadas con un riesgo significativo de hemorragia mayor, y anomalías en la implantación placentaria.	<b>C NICE</b>
Es recomendable el manejo activo de la tercera etapa del parto como intervención que ha demostrado reducir la incidencia de hemorragia obstétrica, la cual se constituye por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinzamiento tardío del cordón umbilical</li> <li>• Tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento</li> <li>• Administración profiláctica de uterotónicos posterior a la expulsión del hombro anterior del producto, por ejemplo, oxitocina o carbetocina.</li> </ul>	<b>C NICE</b>

### RECONOCIMIENTO DEL ESTADO DE CHOQUE

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda mantener el índice de choque por debajo de 0.9 en la paciente con hemorragia obstétrica a través de una reanimación efectiva, que incluye: la detención del sangrado, reposición de la pérdida sanguínea y adecuado transporte de oxígeno.	<b>B GRADE</b>
Se recomienda la vigilancia estrecha de los signos sugestivos de choque en pacientes obstétricas los cuales son: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipotensión: TAS &lt; 90 mmHg ó disminución de la TAS mayor a 40 mmHg de la TAS basal.</li> <li>2. TAM: &lt; 60 mmHg</li> <li>3. Frecuencia cardíaca: &gt; 120 latidos por minuto</li> <li>4. Volumen urinario: &lt; 0.5ml/kg/hora</li> <li>5. Llenado capilar: &gt; 3 seg</li> </ol>	<b>C NICE</b>
La clasificación ideal para el choque hemorrágico en obstetricia debe considerar la cantidad estimada de sangrado así como las manifestaciones clínicas de la pérdida. (Ver Anexo 3.2 Cuadro 1)	<b>A GRADE</b>

## DETENCION DE SANGRADO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda la técnica de Zea como control temporal de la hemorragia obstetrica, a fin de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las causas del sangrado</li> <li>• Antes de su traslado a quirófano o a otra unidad hospitalaria</li> </ul>	<b>D NICE</b>
Es recomendable realizar histerectomía total en casos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta previa central o total</li> <li>• Sospecha de acretismo placentario</li> <li>• Sangrado de la región istmico cervical</li> <li>• Ruptura uterina que no responde al tratamiento conservador.</li> </ul> La histerectomía subtotal no se recomienda en estos casos.	<b>C RCOG</b>
En la pacientes con hemorragia obstétrica persistente, a pesar del manejo quirúrgico radical (histerectomía total abdominal) se puede considerar realizar ligadura de arterias hipogastricas (si se cuenta con el recurso y personal capacitado). Si no hay respuesta, se recomienda el empaquetamiento pelvico tipo Mikculicz..	<b>C NICE</b>

## TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR
Se recomienda como primera opción para la reanimación de la paciente con hemorragia obstetrica la utilización de soluciones cristaloides balanceadas como Ringer lactato o Hartmann.	<b>D NICE</b>
En la paciente con hemorragia obstetrica que necesite una rápida expansión de volumen, se recomienda considerar el empleo de gelatina al 4%; por su mejor perfil de seguridad, no se debe superar la dosis de 20ml/kg.	<b>D NICE</b>
Pacientes que se clasifiquen como choque hipovolémico moderado, que persista con datos de hipoperfusión tisular después de una carga de cristaloides de 30ml/kg o su equivalente en coloide o que tengan sangrado activo, requieren de transfusión de concentrados eritrocitarios.	<b>2B GRADE</b>
Pacientes con hemorragia obstétrica que se clasifiquen como choque hipovolémico severo, requieren de transfusión inmediata de concentrados eritrocitarias. Pueden utilizarse de inicio unidades O negativo y/o por grupo si se conoce.	<b>2B GRADE</b>
En el contexto de un choque hipovolémico moderado a severo con sangrado activo, se recomienda que la administración de plasma fresco se inicie precozmente para prevenir y/o tratar la coagulopatía. El volumen de plasma fresco recomendado debe basarse en parámetros clínicos (control de la hemorragia) y/o analíticos (test tromboelastográficos en la unidades donde se cuente con el recurso y/o pruebas de coagulación estándar).	<b>1C GRADE</b>

Los concentrados plaquetarios, plasma fresco congelado y concentrados eritrocitarios deben ser parte de la reanimación en las pacientes con choque hipovolémico moderado que persisten con hipoperfusión tisular posterior a una carga de 30ml/kg de cristaloides y en pacientes con choque hipovolémico severo, en el contexto de permanecer con sangrado activo, guardando una relación de una unidad de concentrado de plaquetas, por una unidad de plasma fresco congelado y dos unidades de concentrados eritrocitarios como parte del protocolo de transfusión masiva (1:1:2). El volumen total a administrar debe basarse en parámetros clínicos (control de la hemorragia) y/o analíticos (cuantificación de plaquetas, test tromboelastográficos y/o de coagulación estándar).

**A  
NICE**

Se sugiere pruebas hemostáticas seriadas que incluyan conteo plaquetario, TP, y TTPa así como fibrinógeno antes y después de la reanimación, regularmente cada 30-60 minutos dependiendo de la gravedad de la hemorragia para guiar y garantizar el uso adecuado de los componentes sanguíneos.

**2B  
GRADE**

### 3. CUADROS O FIGURAS

**Cuadro 1. Clasificación de severidad de la hemorragia obstétrica.**

Severidad de la hemorragia obstétrica		Manifestaciones	Perdida sanguínea %	Volumen estimado de pérdida ml (Mujer embarazada 70kg)
Compensada		<b>Frecuencia cardíaca:</b> <100 latidos por minuto. <b>Tensión arterial:</b> normal. <b>Sin datos de hipoperfusión tisular.</b>	10-15	700-1050
No Compensada	<b>Choque hemorrágico leve</b>	<b>Frecuencia cardíaca:</b> 100-120 latidos por minuto. <b>Tensión arterial:</b> normal. <b>Sin datos de hipoperfusión tisular.</b>	15-30	1050-2100
	<b>Choque hemorrágico moderado</b>	<b>Frecuencia cardíaca:</b> 120- 140 latidos por minuto. <b>Tensión arterial:</b> Sistólica <90mmHg, diastólica <60mmHg. <b>Presencia de algún dato de hipoperfusión tisular (Ver Cuadro 2).</b>	30-40	2100-2800
	<b>Choque hemorrágico severo</b>	<b>Frecuencia cardíaca:</b> >140 latidos por minuto. <b>Tensión arterial:</b> Sisitólica <90mmHg, diastólica <60mmHg <b>Presencia de algún dato de severidad (Ver Cuadro 3)</b>	>40	>2800

\*\*Se recomienda clasificar la hemorragia de acuerdo con el parámetro más alterado.

\*\*\*Tabla realizada por el grupo de trabajo