Ministerio de Salud Pública

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto

Guía de Práctica Clínica (GPC)

Ministerio de Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública
Dirección Nacional de Normatización

Abril 2013

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito - Ecuador
Teléfono: 593.2.381.4400
www.salud.gob.ec

Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto: Guía de Práctica Clínica.

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

En esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se reúnen un conjunto de afirmaciones, desarrolladas de manera sistemática para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones acerca de prevención, diagnóstico y tratamiento de hemorragia posparto. La guía fue elaborada bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública, con la participación de representantes de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y expertos en la materia.

Los autores han tratado de asegurar que la información sea verídica, completa y actualizada; se incluyen evidencias y recomendaciones y declaran no tener conflicto de interés.
Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un modo único de conducta procedimental o terapéutica. La aplicación de las recomendaciones en la práctica, deberá basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y las normas y protocolos existentes al momento.

En vista de la posibilidad de un error humano o de cambios en las ciencias médicas, se recomienda a los lectores revisar el prospecto de cada medicamento que planean administrar para cerciorarse de que la información contenida en este libro sea correcta y que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia con relación a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

Publicado en Abril 2013
ISBN xxx x xxxxxx xxx

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra:
Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: http://salud.gob.ec

Autoridades

Mag. Carina Vance, Ministro de Salud Pública
Dr. Miguel Malo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dra. Marysol Ruilova, Viceministra de Atención Integral en Salud
Dr. Francisco Vallejo, Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud.

Edición general

Dirección Nacional de Normatización

Equipo de redacción

Dr. Wilfrido León. Gineco Obstetra. Consultor UNFPA.
Dra. Saskia Villamarín. Gineco Obstetra. Equipo Consultor.
Dr. Stiward Velasco. Gineco Obstetra. Equipo Consultor.
Dr. Fabricio González-Andrade. Investigador Senior Programa Prometeo, SENESCYT.
Dr. Rodrigo Henríquez. Consultor en Medicina Basada en Evidencias, MSP.

Equipo de validación:

Dr. Eduardo Yépez. Gineco Obstetra, Consultor UNFPA.
Dr. Edgar León, UAA La Ecuatoriana, IESS.
Dra. Susana Guijarro, Dirección Nacional de Normatización, MSP.
Dra. Mónica García, Docente, Pontificia Universidada Católica del Ecuador.
Dr. Luis Nacevilla, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, MSP.
Dr. Fausto Viteri, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, MSP.
Dr. Rolando Montesinos, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, MSP.
Dra. Saskia Villamarín, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, MSP.
Econ. Alexander Andrade, Coordinación de Planificación, MSP.
Dra. Ana Lucía Bucheli, ENIPLA, MSP.
Dra. Mónica Cañas, Maternidad Gratuita, MSP.
Dra. Mónica Pozo, Maternidad Gratuita, MSP.
Dra. Sonia Revelo, Dirección Primer Nivel, MSP.
Dra. Lucy Barba, Dirección de Interculturalidad, MSP.
Dra. Silvia Álvarez, Dirección Nacional de Medicamentos, MSP.
Dra. Magdalena Alcocér, Director de Gestión de Riesgos, MSP.
Dra. Alejandra Cascante, Dirección de Red de Hospitales, MSP.
Dra. Gabriela Aguinaga, Dirección Nacional de Normatición, MSP.
Dra. Ximena Raza, Dirección Nacional de Normatización, MSP.
Dr. Fabricio González, Investigador Senior Programa Prometeo, SENESCYT.
Dr. Rodrigo Henríquez, Consultor en Medicina Basada en Evidencias, MSP.
Dra. Maryuri Vélez, Hospital Carlos Andrade Marín, IESS
Dra. Belén Nieto, Consultora UNFPA.
Dr. Wilfrido León, Consultor UNFPA.
Dr. Alfredo Proaño, Hospital Quito No. 1 – Policía Nacional del Ecuador.
Dra. Daniela Mejía, Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.

Contenido

Descripción general de la guía....5
Clasificación CIE-10....6
Preguntas a responder con esta Guía de Práctica Clínica....6
Introducción....7
Alcance y objetivos....8
Aspectos metodológicos....9
Definiciones y clasificación de la hemorragia posparto....10
Definición....10
Hemorragia posparto primaria o inmediata....10
Hemorragia posparto secundaria o tardía....10
Etiología de la hemorragia posparto....10
Factores de riesgo....11
Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal posparto....12
Prevención de hemorragia posparto....13
Manejo activo de la tercera etapa del parto....13
Tratamiento de la hemorragia posparto....15
Hemorragia posparto inmediata....15
Manejo general....15
Identificación y tratamiento de la causa....17
HPP que no responde a tratamiento....17
Cirugía....17
Criterios de referencia y contra referencia....18
Monitoreo de calidad....18
Anexos....19
Anexo 1. Esquemas farmacológicos para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto....19
Anexo 2. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto....20
Anexo 3. Condiciones de almacenamiento de medicamentos uterotónicos....21
Anexo 4. Medicamentos mencionados en esta guía....21
Anexo 5. Sistemas de clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones....24
Anexo 6. Glosario de términos....25
Anexo 7. Abreviaturas utilizadas....26
Referencias....26

Descripción general de la guía

Título de la guía	**Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto.**
Organización desarrolladora	- Dirección Nacional de Normatización, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. - Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en Ecuador.
Fecha de edición	Marzo, 2013.
Código CIE-10	O72 Hemorragia posparto Incluye: - O72.0 Hemorragia del tercer período del parto (asociada a retención o adherencia de placenta) - O72.1 Otras hemorragias posparto inmediatas (atonía) - O72.2 Hemorragia posparto secundaria o tardía (por retención de fragmentos de placenta) - O72.3 Defecto de la coagulación posparto (afibrinogenemia, fibrinólisis posparto).
Categoría de la GPC	Prevención, diagnóstico y tratamiento. Niveles de atención: prehospitalaria, primer nivel y acciones específicas en segundo y tercer nivel.
Profesionales a quienes va dirigida	Esta guía está dirigida al amplio grupo de profesionales involucrados en la atención directa de la salud sexual y la salud reproductiva, embarazo, parto y puerperio tales como: médicos generales, médicos familiares, médicos gineco-obstetras, anestesiólogos, médicos de emergencia, obstétrices, enfermeras, y profesionales de los equipos de atención prehospitalaria.
Otros usuarios potenciales	- Quienes ejercen un nivel de responsabilidad en el planeamiento, gerencia y dirección de servicios de salud de todos los niveles de atención y unidades de atención materna. - Educadores sanitarios y profesionales de la salud en formación. - Ciudadanía en general.
Población blanco	Mujeres en tercer estadio del trabajo de parto, y puerperio hasta las 12 semanas posparto.
Intervenciones y acciones consideradas	Prevención primaria, diagnóstico y tratamiento farmacológico, no farmacológico y quirúrgico de la hemorragia posparto.
Metodología	Esta guía fue elaborada mediante la metodología ADAPTE, a partir de las guías: - Prevención y Manejo de la hemorragia posparto en el primero y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2008. - Lalonde A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. International journal of gynaecology and obstetrics 2012; 117:108–18. - Prevention and management of postpartum haemorrhage. RCOG Green-top Guideline No. 52. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2009. - Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarkin D. Guías para la atención de las principales Emergencias Obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. Los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el periodo 2008-2012, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados. El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares de la guía para su adaptación al contexto nacional y reuniones de consenso y validación del manejo farmacológico.
Validación	Validación del protocolo de búsqueda y GPC a adaptarse. Método de validación GPC: Revisión y validación por pares clínicos. Validación: Dirección Nacional de Normatización
Fuente de financiamiento	Dirección Nacional de Normatización, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en Ecuador.
Conflicto de interés	Todas las personas involucradas en el desarrollo de esta GPC han declarado la ausencia de conflicto de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente guía de práctica clínica.
Actualización	Cada 2 años a partir de la fecha de publicación, o según necesidad de acuerdo a los avances científicos en el tema.

Clasificación CIE-10

O72 Hemorragia posparto

Incluye:
O72.0 Hemorragia del tercer período del parto
O72.1 Otras hemorragias posparto inmediatas
O72.2 Hemorragia posparto secundaria o tardía
O72.3 Defecto de la coagulación posparto

Preguntas a responder con esta Guía de Práctica Clínica

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para la presentación de hemorragia posparto?
2. ¿Cuáles son las acciones más eficaces para prevenir una hemorragia posparto?
3. ¿Cómo debe realizarse el manejo activo del tercer periodo del parto?
4. ¿Qué datos clínicos llevan al diagnóstico de hemorragia posparto?
5. ¿Cuáles son los puntos clave en el manejo de pérdida sanguínea?
6. ¿Cuál es el manejo farmacológico y quirúrgico de hemorragia posparto?
7. ¿En qué momento se debe transferir a una paciente con hemorragia posparto?
8. ¿Cuáles son las indicaciones específicas para transfusión con hemoderivados?

Introducción

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. 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[1-4].

La hemorragia posparto, en su mayoría causada por atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador [4-6].

Si bien se han descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia posparto, en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico. Se recomienda por tanto que el manejo activo de la tercera etapa del parto se realice en todas las mujeres y que los profesionales estén preparados para manejar una hemorragia posparto en la atención cada parto[7-10].

Dado que la causa más común de la HPP es la imposibilidad del útero de contraerse adecuadamente (atonia uterine), un aspecto clave de la prevención de la HPP es la terapia uterotónica[6]. El agente más utilizado es la oxitocina inyectable, también se usa con frecuencia la ergometrina o análogos, aunque está contraindicada para mujeres con hipertensión arterial y enfermedad cardíaca. Sin embargo, ambos medicamentos requieren la presencia de personal competente en la administración de medicamentos por vía intramuscular o intravenosa, el uso de dispositivos estériles y técnicas de asepsia, refrigeración y protección de la luz para la conservación del medicamento. Por lo tanto, es posible que no sean los más adecuados para determinados ámbitos de bajos recursos[4, 7-9, 15, 16,24-25]. Por esta razón el misoprostol, un análogo sintético de la prostaglandina E1 con propiedades uterotónicas, ha atraído considerablemente la atención como una alternativa a la oxitocina para la prevención de la HPP en ámbitos de recursos limitados. Se ha demostrado que misoprostol es efectivo, fácil de administrar, de bajo costo, estable a temperatura ambiente y no presenta las dificultades logísticas asociadas con el uso de la oxitocina[17-22, 26-30]. En 2011 la Organización Mundial de la Salud agregó al misoprostol (600 μg por vía oral) a su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para la prevención de la HPP [23].

Incluso con estos esfuerzos para prevenir la hemorragia posparto, algunas mujeres todavía requerirán tratamiento para sangrado excesivo. En la práctica, hay varias circunstancias que aún desconocemos con certeza, por ejemplo si la medición de la pérdida de sangre posparto mejora la atención y los resultados para las mujeres o el valor de HPP para las mujeres anémicas. Múltiples intervenciones se pueden intentar para controlar el sangrado (médicas, mecánicas, invasivas no-quirúrgicos y procedimientos varios), sin embargo requieren diferentes niveles de habilidad y conocimientos técnicos [5-7,9-10]. Evitar la demora en el diagnóstico y tratamiento, tendrá un impacto significativo sobre las secuelas y la posibilidad de supervivencia [2-4].

Esta GPC responde a las preguntas de alta prioridad sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de HPP.

Alcance y objetivos

Esta guía está dirigida al amplio grupo de profesionales involucrados en la atención directa de la salud sexual y la salud reproductiva, embarazo, parto y puerperio en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, tales como: médicos generales, médicos familiares, médicos gineco-obstetras, anestesiólogos, médicos de emergencia, obstétrices, enfermeras, y profesionales de los equipos de atención prehospitalaria.

Objetivo general

Proveer una aproximación razonable y sustentada en evidencia para la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento oportuno de la hemorragia posparto (HPP) que contribuya a disminuir la morbimortalidad materna en Ecuador.

Objetivos específicos

1. Describir las medidas más efectivas para la prevención de hemorragia posparto con énfasis en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.
2. Identificar los factores de riesgo asociados a una mayor incidencia de hemorragia posparto.
3. Identificar los signos y síntomas que permiten el diagnóstico de hemorragia posparto y la evaluación su gravedad para iniciar el tratamiento apropiado y/o la referencia oportuna y segura de las pacientes a centros de mayor capacidad resolutiva.
4. Describir una secuencia ordenada de intervenciones eficaces para el tratamiento de la hemorragia posparto con énfasis en la implementación de medidas de resucitación y el uso adecuado de masaje uterino bimanual y de oxitócicos como primera línea de acción.

Aspectos metodológicos

El modelo de atención ecuatoriano propone un fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, basado en atención integral, con continuidad y con un enfoque familiar, comunitario e individual. La especificidad del primer nivel de atención será explícita en el set de instrumentos asistenciales en salud, las acciones a realizarse en los niveles superiores se mencionarán según su especificidad teniendo en cuenta la realidad y los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia consagrados en la constitución y el sistema nacional de salud. El Ministerio de Salud Pública como rector del Sistema Nacional de Salud la ha diseñado como parte de una propuesta metodológica compuesta por un set de instrumentos que incluyen:

- Guía de Práctica Clínica (GPC)
- Guía de bolsillo
- Guía para el ciudadano
- Manual de procedimientos

La presente Guía fue elaborada siguiendo la metodología ADAPTE descrita por la Guidelines International Network (G-I-N) con el objetivo de incorporar las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el manejo de la hemorragia posparto. La búsqueda de guías de práctica clínica se realizó a través de metabuscadores, en los portales web de centros compiladores y elaboradores y en bases de datos como PubMed, SciELO y LILACS. Las guías seleccionadas se sometieron a evaluación independiente con el instrumento AGREE II [13].

En los acápites pertinentes los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia disponible desde la fecha de publicación de las guías revisadas, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados disponibles en la Biblioteca Cochrane, Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, PubMed, SciELO y LILACS.

El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares de la guía para su adaptación al contexto nacional en al menos dos reuniones de trabajo con expertos nacionales en salud sexual y reproductiva que trabajan en instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Complementaria. El borrador de la guía fue validado por el equipo de redacción y la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud antes de su publicación.

Calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones

En este documento, el lector encontrará al margen derecho de las páginas la calidad de la evidencia y/o el grado de fuerza de las diferentes recomendaciones presentadas. Debido a que las guías de práctica clínica presentan diferentes sistemas de gradación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones, los lectores encontrarán recomendaciones sustentadas por evidencia calificada con los sistemas Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) y del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)[13-14]. Para obtener mayor información revise el **Anexo 5** al final de esta guía.

El símbolo ✓ representa un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de expertos acuerda. Por lo general son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que lo sustente. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Definiciones y clasificación de la hemorragia posparto

Definición

Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y que supera 1000 cc en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP. A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos[1-6].

Hemorragia posparto primaria o inmediata

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto[1-6].

Hemorragia posparto secundaria o tardía

La HPP secundaria o tardía, se produce entre las 24 horas y 6 semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas[1-6].

Etiología de la hemorragia posparto

Los profesionales de salud deben recordar que la causa más común de hemorragia posparto es la atonía uterina [6].	C

La atonía uterina es la causa más común e importante de HPP [6]. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero[6].

Para el abordaje sistemático de la HPP es útil recordar la nemotecnia de las **"4 T"**, que describe las causas de HPP en orden de frecuencia [1,3,4,6-8]:

Causa	**Frecuencia (%)**
Tono: atonía uterina	70
Trauma: lesión cervical o vaginal, ruptura uterina.	20
Tejido: retención de placenta o coágulos	10
Trombina: coagulopatía preexistente o adquirida	<1

Factores de riesgo

Todas las instituciones que asisten partos deben estar preparadas para la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones.	✓
Pueden emplearse diferentes enfoques de prevención y manejo, según el ámbito de atención y la disponibilidad de insumos y personal especializado en la atención de partos [6].	C

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 [12,13]. Las mujeres anémicas son más vulnerables a una pérdida de sangre en cantidad moderada.[6]

Si bien se han descrito una serie de factores de riesgo identificables (Tabla 1), en muchos casos una hemorragia posparto puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo clínicos identificables o presentes en su historial[14]. Basar la conducta clínica en la evaluación de los riesgos puede conducir a que las mujeres consideradas "de alto riesgo" sean sometidas a un manejo innecesario, lo que no sería ventajoso ni para ellas ni para los sistemas de salud. Se recomienda por tanto que los profesionales estén preparados para manejar una hemorragia posparto en la atención cada parto y que se instauren medidas profilácticas como el manejo activo de la tercera etapa del parto en todas las mujeres [7-10].

Tabla 1. Factores de riesgo descritos para hemorragia posparto [36,37].

A. Presentes antes del parto y asociados a incremento substancial de la incidencia de HPP. A las mujeres con estos factores de riesgo se les aconseja la atención del parto en centros de de mayor complejidad.		
Factor	**OR (IC 95%) para HPP**	**"4 T"**
Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario	13 (7.61 - 12.9)	Trombina
Placenta previa conocida	12 (7.17 - 23)	Tono
Embarazo múltiple	5 (3.0 - 6.6)	Tono
Pre-eclampsia hipertensión gestacional	4	Trombina
B. Presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de HPP. Se deben tomar en cuenta al discutir el lugar donde se atenderá el parto.		
HPP previa	3	Tono
Etnia Asiática	2 (1.48 - 2.12)	Tono
Obesidad (IMC >35)	2 (1.24 - 2.17)	Tono
Anemia (Hb <9 g/dL)	2 (1.63 - 3.15)	-
C. Presentes durante el trabajo de parto y parto. Estas pacientes requieren vigilancia adicional por el personal que atiende el parto y puerperio.		
Cesárea de emergencia	4 (3.28 - 3.95)	Trauma
Cesárea electiva	2 (2.18 - 2.80)	Trauma
Inducción del trabajo de parto	2 (1.67 - 2.96)	-

Placenta retenida	5 (3.36 - 7.87)	Tejido
Episiotomía medio-lateral	5	Trauma
Parto vaginal asistido (fórceps/vacum)	2 (1.56 - 2.07)	Trauma
Trabajo de parto prolongado (>12 horas)	2	Tono
Macrosomía fetal (>4 kg)	2 (1.38 - 2.60)	Tono / Trauma
Pirexia durante la labor	2.	Trombina
Edad mayor de 40 años, primípara	1.4 (1.16 - 1.74)	Tono

Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal posparto

La tabla 2 resume las principales manifestaciones iniciales y síntomas típicos que permiten el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto.

Tabla 2. Argumentos para el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto.

Manifestaciones iníciales, otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia posparto inmediata	- Útero blando y no retraído - Taquicardia - Hipotensión	Atonía uterina	70% Atonía uterina, anomalía de la contractilidad
Hemorragia posparto inmediata	- Placenta íntegra - Útero contraído.	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné	20% Trauma
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso	- Inversión uterina visible en la vulva o hemorragia posparto inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura). Hemorragia posparto inmediata (el sangrado es intrabdominal y/o vaginal)	- Abdomen doloroso - Shock - Taquicardia - No se expulsa la placenta	Rotura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto	- Útero contraído	Retención de placenta	10% Tejido, retención de productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay	- Hemorragia posparto inmediata	Retención de restos placentarios	

desgarros de membranas	- Útero retraído		
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	- Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) - Anemia	Retención de restos placentarios	

Prevención de la hemorragia posparto

Manejo activo de la tercera etapa del parto

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres reduce el riesgo de HPP en un 60%, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas [6].	**A**
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 (NNT 12) [36].	**A**
Misoprostol 600 µg VO, es menos efectivo que oxitocina, pero puede utilizarse en caso que oxitocina no esté disponible o su administración no sea posible (NNT 18) [36].	**A**

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre en el momento del parto, susceptible de poner en riesgo su vida. Si bien la mayoría de las HPP no presentan factores de riego identificables, la mayoría de HPP pueden prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) [6].

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 Hinchingbrooke 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) [6,9,15,16].

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 [8,9,15,16].

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 [6].

Los componentes habituales del MATEP incluyen [6]:

Paso 1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de 1 minuto luego del nacimiento del recién nacido. [6]
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. [31-32-33]
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. [6]

Paso 1. Uso de agentes uterotónicos[6].
Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 UI de oxitocina intramuscular (IM). Se prefiere la oxitocina a otros medicamentos uterotónicos debido a que hace efecto entre 2 y 3 minutos luego de la inyección, sus efectos secundarios son mínimos y puede usarse en todas las mujeres.
Si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 µg de misoprostol por vía oral. Otros uterotónicos como: 0.2 mg IM de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 UI de oxitocina y 0.5 mg de ergometrina en ampollas IM [10]) deben evitarse en mujeres con enfermedad cardíaca, preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta.
Los uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado (Anexo 3). - Ergometrina o metilergometrina: Mantener de 2 a 8°C, no congelar, proteger de la luz. - Misoprostol: Mantener en blíster, a temperatura menor a 30 ºC. - Oxitocina: 2 a 8 ºC/Menor a 30 °C, según condiciones de almacenamiento que consta en el envase secundario (estuche). No congelar.

Paso 2. Tracción y contratracción del cordón umbilical. [6]
No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero.
No se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contra-tracción por encima del pubis con la otra mano.
Aunque es uno de los temores principales, no se registró ningún caso de inversión uterina o de separación del cordón en los cinco principales estudios controlados en los que se comparó el manejo activo y el manejo expectante.

Paso 3. Masaje uterino posparto. [6]
Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las 2 primeras horas se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales.

Tratamiento de la hemorragia posparto

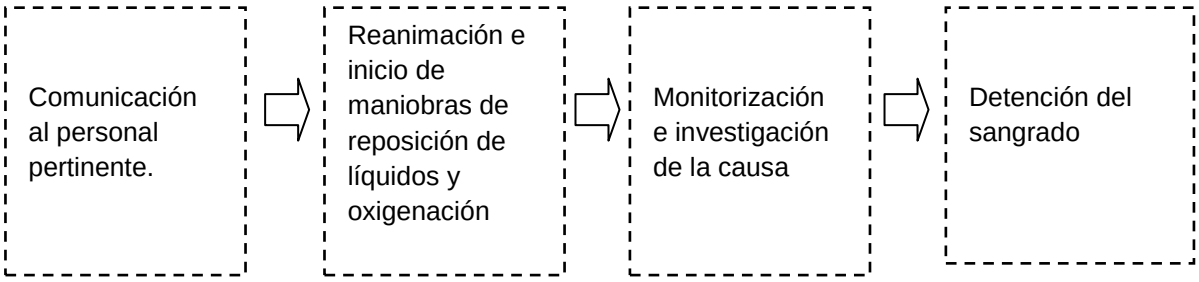
Una vez que se ha identificado una HPP es útil la organización del cuidado en 4 componentes: 1. Comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado. 2. Reanimación 3. Monitorización e investigación de la causa 4. Implementación de medidas para detener el sangrado.	**C**
Los 4 componentes del manejo se deben implementar de forma SIMULTÁNEA en todos los casos de HPP [36].	**C**
Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, inicie con maniobras de reanimación y detención del sangrado y derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de capacidad resolutiva apropiada.	C

Hemorragia posparto inmediata

El período que sucede al nacimiento del producto y las primeras horas del posparto son cruciales en lo que se refiere al diagnóstico y el manejo del sangrado[29].
El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad, la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida.

El sangrado lento y continuo o el sangrado repentino constituyen una emergencia; se debe intervenir cuanto antes y con decisión.

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 [8].



Manejo general

La paciente debe ser informada de la situación clínica y se le deben explicar en forma resumida los procedimientos a realizarse; también se le debe proporcionar aliento y contención.	C
Pida ayuda. Comunique la situación y movilice urgentemente a todo el personal disponible (enfermeras, anestesistas, personal de laboratorio, hemoterapia). Para que las medidas se implementen simultáneamente y sin pérdida de tiempo, el personal debe actuar en equipo sabiendo qué debe hacer cada uno en la emergencia. Para	C

lograr coordinación es recomendable la práctica periódica de simulacros.	
Coloque dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y suministre soluciones cristaloides en volumen de hasta 2 litros en infusión rápida. En caso de no disponer de sangre para transfusión, se puede continuar con infusión de soluciones coloides en volumen de hasta 1.5 litros [36].	B
Realice una rápida evaluación del estado general de la mujer incluyendo signos vitales: pulso, presión arterial, respiración, temperatura. Si sospecha shock, inicie tratamiento inmediatamente. Aun si no hay signos de shock presentes, téngalo en mente mientras evalúa a la mujer puesto que su estado general puede empeorar rápidamente.	C
Evalúe el tono uterino. En caso de atonía masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos (los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces). Inicie masaje uterino bimanual como primera medida para la contención del sangrado mientras prepara de forma simultánea el manejo farmacológico.	C
Asegure una adecuada permeabilidad aérea y la provisión de Oxígeno, de ser necesario. Coloque una sonda vesical para la monitorización del gasto urinario.	C
Intente identificar la causa de la hemorragia e inicie los tratamientos específicos de acuerdo a la causa: - Verifique la expulsión completa de la placenta, examínele para tener la certeza de que está íntegra. - Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros. - Considere la posibilidad de coagulopatía.	C
Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, evalúe los mayores requerimientos del caso y, si lo estima necesario, derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad.	C

Evaluación inicial y reanimación

Reanimación	Evaluar la causa	Datos de Laboratorio
- Solicite ayuda - Coloque vía IV gruesa - Monitoree pulso, presión frecuencia respiratoria y otros síntomas (ej. dolor)	- Evalúe el útero: tono, existencia de restos o laceraciones - Explore el tracto vaginal - Observe la formación de coágulos	- Solicite estudios de coagulación - Evalúe la indicación de transfusión de sangre compatible - Practique prueba de coagulación junto a la cama

Identificación y tratamiento de la causa

Tono uterino	Tejidos retenidos	Trauma o laceraciones	Coagulopatías
- Masaje uterino. - Compresión bimanual del útero - Uso de drogas uterotónicas	- Remoción manual - Legrado	- Repare desgarros cervicales o vaginales - Corrija la inversión uterina - Identifique la ruptura uterina	- Tratamiento específico

HPP que no responde a tratamiento

Conformación del Equipo	Control local	Transfusión
- Segundo ginecólogo con experiencia. - Anestesiólogo - Instrumentista - Laboratorio	- Compresión bimanual.	- Cristaloides - Sangre total y subproductos

Cirugía

1. Examen bajo anestesia. 2. Reparación de desgarros.	**Toma de decisión quirúrgica** La elección del procedimiento más adecuado para reducir el sangrado dependerá de la experiencia del equipo quirúrgico: - Sutura hemostática de B-Lynch - Ligadura de arterias uterinas - Ligadura de arterias útero-ováricas - Histerectomía	La **Histerectomía** es la opción más segura para personal poco entrenado o cuando fallan las ligaduras vasculares y puntos Hemostáticos.

Sangrado post histerectomía

El manejo responderá a: 1. Situación clínica. 2. Experiencia del equipo médico. 3. Infraestructura y personal disponible.	Puede requerirse: 1. Reponer factores de coagulación. 2. Taponaje abdominal.

Criterios de referencia y contra referencia

Referir la paciente a centros con adecuada complejidad y capacidad resolutiva, una vez que se ha establecido el diagnóstico diferencial permite tomar decisiones de especialidad acertadas y oportunas	✓

Criterios de contra referencia

Superada la fase de atención del cuadro complicado de hemorragia posparto, remitir al nivel primario con indicaciones claras del médico especialista sobre manejo subsecuente con informe de acciones y resultados de la atención de especialidad [34].

Monitoreo de calidad

El equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad debe aplicar el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador [35].

El principal estándar e indicador de proceso para el monitoreo de cumplimiento de esta Guía de Práctica Clínica es el **8B**: Porcentaje de pacientes con hemorragia obstétrica manejadas de acuerdo a la norma.

Otros indicadores de entrada, proceso y salida relacionados también pueden ser evaluados si aplican al caso:

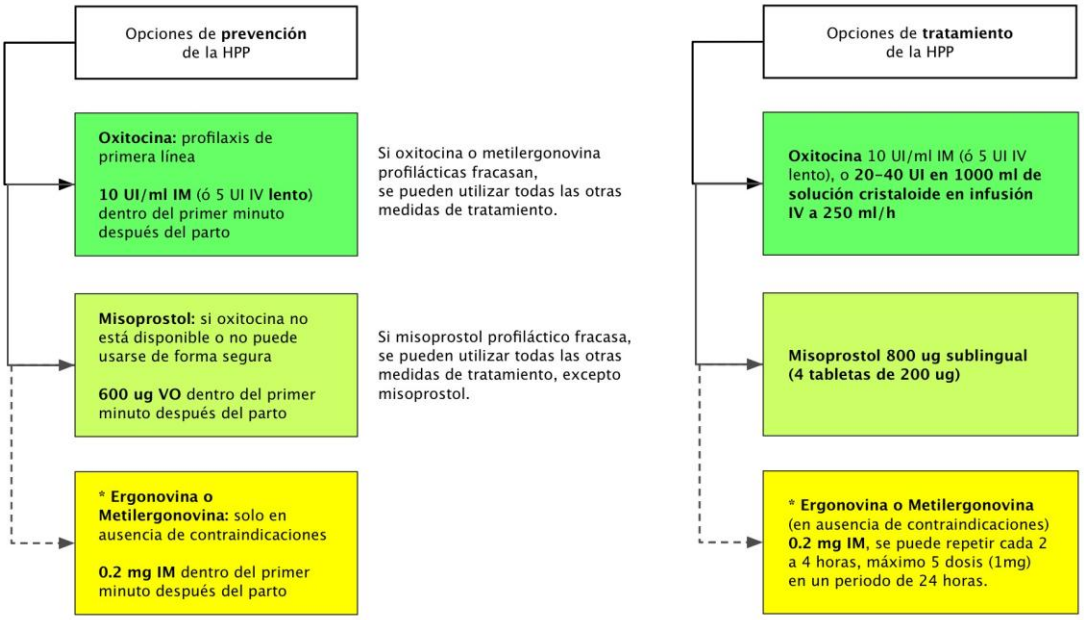
Estándar 1. Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a.

Estándar 10. Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.

Estándar 12. Porcentaje de complicaciones obstétricas atendidas en las unidades del área de salud, del total de complicaciones esperadas.

Anexos

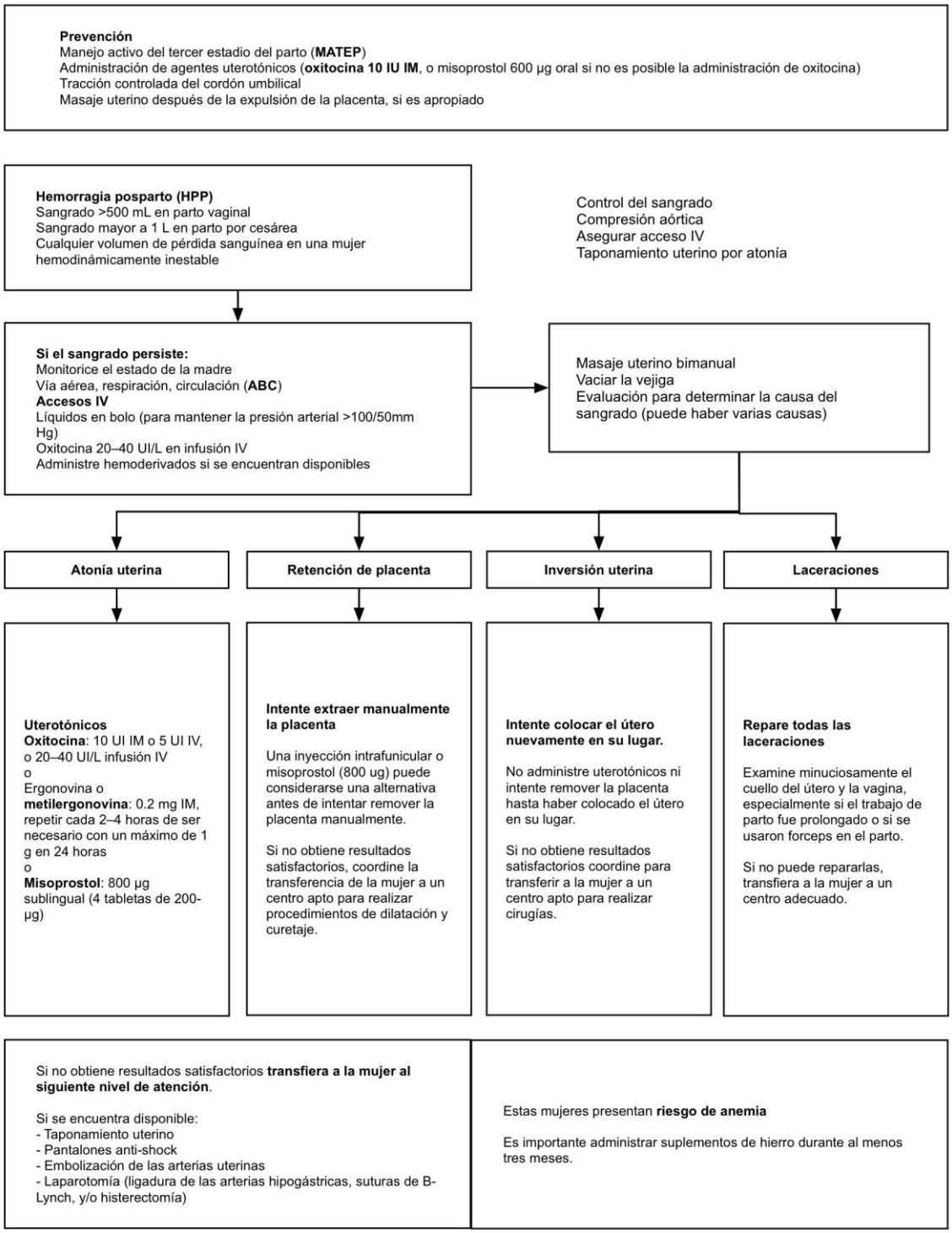
Anexo 1. Esquemas farmacológicos para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO) [6].



* **ADVERTENCIA:** Los alcaloides del ergot (ergonovina, metilergonovina) están contraindicados en mujeres con hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, preeclampsia o eclampsia porque elevan la presión sanguínea.

Nota: Si alguna de las opciones de tratamiento listadas no es efectiva, se pueden utilizar otras alternativas, dependiendo de la gravedad de la hemorragia, y considerarse intervenciones no farmacológicas.

Anexo 2. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO) [6].



Anexo 3. Condiciones de almacenamiento de medicamentos uterotónicos

Principio activo	Almacenamiento en lugar oscuro	* Rango de temperatura (grados Celsius)
Oxitocina	++	2 a 8°C/Menor a 30 ºC
Misoprostol	+	Menor a 30 °C
Metilergonovina	+++	2 a 8°C

***** Según las condiciones de almacenamiento que consta en el envase secundario (estuche)

Anexo 4. Medicamentos mencionados en esta guía.

Oxitocina

ATC	H01BB02
Indicación avalada en esta guía	Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto.
Forma farmacéutica y concentración	Solución inyectable 10 UI/ml
Dosis	*Prevención de la hemorragia posparto:* 10 UI IM por una sola vez dentro del primer minuto luego del nacimiento del recién nacido. Si se ha utilizado en infusión IV para la conducción del trabajo de parto se puede administrar 5UI por inyección intravenosa lenta, o aumentar la tasa de infusión durante tercera etapa del trabajo de parto y las horas subsecuentes. **Importante**: Evite la inyección intravenosa rápida ya que puede reducir transitoriamente la presión arterial. *Tratamiento de la hemorragia posparto:* 10 a 40 UI en 1000 ml de solución salina en infusión IV a 250 ml/h.
Precauciones	Antecedentes de cesárea. Polihidramnios. Multiparidad. Preeclampsia severa y enfermedades cardiovasculares severas. Insuficiencia renal, aumenta riesgo de sobrecarga hídrica. Utilizar como inductor de labor de parto solamente después de una adecuada evaluación del riesgo/beneficio. Durante el parto, puede perjudicar expulsión de placenta y provocar sobre-estimulación uterina. Se requiere vigilar ingesta y excreta de líquidos cuando se emplean dosis altas o por tiempo prolongado.
Contraindicaciones	Desproporción céfalo pélvica y otras obstrucciones mecánicas. Sufrimiento fetal agudo. Desprendimiento de placenta. Placenta previa total. Prolapso de cordón. Hipertonía uterina. Ruptura o riesgo de ruptura uterina. Hipersensibilidad a la oxitocina.
Efectos adversos	*Frecuentes:* Náusea, vómito, hipertonía uterina. Sufrimiento fetal agudo. Trauma fetal. Hiperbilirrubinemia en los neonatos. *Poco frecuentes:* Arritmias, anafilaxia, afibrinogenemia, hemorragia posparto. Embolismo de líquido amniótico. Laceraciones cervicales o vaginales. *Raros:* Tetania uterina. Ruptura uterina. Abruptio placentae. Intoxicación hídrica.
Interacciones	*Diminución de la eficacia:* - Anestésicos inhalatorios (halotano y enflurano) y agonistas adrenérgicos: disminuyen el efecto oxitócico.

	Aumento de los efectos adversos: - Anestesia caudal con vasoconstrictores: aumenta riesgo de HTA severa. - Cloruro de sodio o úrea intraamnióticos y otros oxitócicos: aumentan el riesgo de hipertonía, ruptura uterina, y el riesgo de hipertensión arterial. - Prostaglandinas (misoprostol): se potencian mutuamente sus efectos, aumentando el riesgo de hipertensión arterial. - Simpaticomiméticos: efecto sinérgico, incrementando el riesgo de hipertensión arterial.
Uso en el embarazo	Categoría X. Contraindicado en I trimestre (salvo en aborto incompleto o terapéutico). No se recomienda uso durante embarazo, salvo para inducción a dosis adecuadas.
Uso en la lactancia	Se excreta en cantidades mínimas. Se considera segura su administración durante la lactancia.

Misoprostol

ATC	G02AD06
Indicación avalada en esta guía	Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto.
Forma farmacéutica y concentración	Tableta 200 microgramos
Dosis	Prevención de la hemorragia posparto: 600 mcg VO por una sola vez. Tratamiento de la hemorragia posparto: 800 mcg sublingual.
Precauciones	- En inducción de labor de parto, debe asegurarse adecuada relación céfalo-pélvica y con uso concomitante de oxitocina se requiere monitoreo fetal. - Pacientes con glaucoma, hipertensión intraocular, asma, epilepsia. - Pacientes con alto riesgo obstétrico, diabetes gestacional, hipertensión, hipotiroidismo. - Pacientes con embarazo postérmino, puede incrementar riesgo de coagulación intravascular diseminada. - Pacientes con condiciones en las cuales una hipotensión pueda implicar consecuencias graves (por ej. insuficiencia coronaria, enfermedad cerebro-vascular).
Contraindicaciones	Embarazo normal (salvo en situaciones indicadas). Desproporción céfalo-pélvica, presentación fetal desfavorable, placenta previa, ruptura uterina, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal, hipertonía uterina (en inducción de labor). Ruptura prematura de membranas. Infección pélvica activa. Enfermedad cardiaca, pulmonar, renal o hepática activa.
Efectos adversos	*Frecuentes:* Dolor abdominal, náusea, flatulencia, diarrea. *Poco frecuente:* Hipertonía uterina. Sangrado uterino. Alergia. Hipertensión y disnea (en uso concomitante con oxitocina y metilergonovina/ergonovina). *Raros:* Ruptura de útero (principalmente en multíparas y con cesárea previa). Muerte materna por embolismo de líquido amniótico. Coagulación intravascular diseminada. Muerte fetal.
Interacciones	*Disminución de la eficacia:* - Útero-inhibidores: por efecto antagónico. *Aumento de los efectos adversos:* - Antihipertensivos y otros vasodilatadores: mayor riesgo de hipotensión por sinergia. - Oxitocina: se incrementan sus efectos en general, por sinergia.
Uso en el embarazo	Categoría C. El uso durante el embarazo, cuando no provoca aborto, puede asociarse con malformaciones músculo-esqueléticas e hidrocefalia. Durante la labor de parto, remanentes del fármaco a nivel cervical pueden ser aspirados por el neonato y provocar distrés respiratorio.
Uso en la lactancia	Seguridad no establecida. No se recomienda su empleo.

Metilergonovina (metilergometrina) / Ergonovina (ergometrina)

ATC	G02AB01 / G02AB03
Indicación	Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto.
Forma farmacéutica y concentración	Solución inyectable en concentración de 0.2 mg/ml
Dosis	*Prevención de la hemorragia posparto:* 0.2 mg IM por una sola vez. *Tratamiento de la hemorragia posparto:* Dosis inicial de 0.2 mg por vía IM por una vez, o repetidas las veces que sea necesario a intervalos de 2 a 4 horas. Máximo 5 dosis en 24 horas. Durante el puerperio, puede administrarse grageas de 125 mcg a 250 mcg por VO hasta tres veces al día.
Precauciones	- No utilizar durante la inducción o conducción de la labor de parto. - Insuficiencia renal, puede provocar acumulación del fármaco y más efectos adversos. - Insuficiencia hepática, puede provocar acumulación del fármaco y más efectos adversos. - Enfermedad cardiovascular y/o coronaria, estenosis mitral, pueden precipitar angina o infarto de miocardio. - Hipocalcemia, reduce respuesta a oxitocina.
Contraindicaciones	Hipertensión arterial severa. Eclampsia o preeclampsia. Hipersensibilidad o intolerancia a los alcaloides del cornezuelo de centeno. Angina inestable. Infarto de miocardio reciente. Antecedentes de ACV. Antecedentes de ataque de isquemia transitoria. Enfermedad vascular oclusiva periférica. Fenómeno de Raynauld severo. Porfiria.
Efectos adversos	*Frecuentes:* Náusea, vómito y calambres uterinos, especialmente después del uso IV. Congestión nasal. Tinnitus. Hematuria. Disnea. Tromboflebitis. Calambres en las piernas. *Poco frecuente:* Bradicardia, vasoespasmo coronario. *Raros:* Reacciones alérgicas incluido shock. Insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares, fibrilación ventricular, taquicardia, disnea, hipertensión súbita y severa. Infarto del miocardio. Edema pulmonar. Vasoespasmo periférico.
Interacciones	*Disminución de la eficacia:* - Halotano: Podría reducir los efectos de metilergometrina en el útero. *Aumento de los efectos adversos:* - Agonistas 5-HT1 (sumatriptán): efecto aditivo, aumenta riesgo de vasoespasmo severo y prolongado. Usarlos con 24 horas de diferencia. - Agonistas simpaticomiméticos (alfa y/o beta adrenérgicos): efecto sinérgico, aumenta riesgo de vasoespasmo severo e isquemia. - Antimicóticos azoles (ketoconazol y demás), claritromicina, antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (paroxetina, fluoxetina y demás), diltiazem, metronidazol, verapamilo, jugo de toronja: inhiben el metabolismo hepático, aumentando efectos adversos de metilergonovina.
Uso en el embarazo	Categoría C. No administrar antes del alumbramiento por riesgo de retención placentaria o no detección de un segundo producto.
Uso en la lactancia	Se excreta por leche materna. Puede interferir con la secreción de prolactina en el puerperio inmediato y retrasar o inhibir la secreción láctea.

Anexo 5. Sistemas de clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones.

La fuerza de las recomendaciones refleja el grado hasta el cual podemos confiar en que los efectos deseables de una intervención son superiores a los indeseables. La fuerza de la recomendación está determinada por el equilibrio entre las consecuencias deseables e indeseables de las estrategias alternativas de tratamiento, la calidad de la evidencia, la variabilidad en los valores y preferencias y el uso de recursos.

Una recomendación fuerte significa que la mayor parte de los pacientes informados elegiría el tratamiento recomendado y que los médicos pueden estructurar sus interacciones con los pacientes en consecuencia.

Una recomendación débil significa que las elecciones de los pacientes variarán de acuerdo con sus valores y preferencias, y que los médicos deben garantizar que la asistencia coincide con los valores y preferencias del paciente.

Tabla 1. Clasificación de la fuerza y sentido de las recomendaciones.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de alta calidad, RS de EC o EC de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Meta-análisis bien realizados, RS de EC o EC bien realizados con poco riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis, RS de EC o EC con alto riesgo de sesgos
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Grado de recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, RS o EC clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y/o el consenso de equipo redactores

***** El grado de recomendación se relaciona con la fuerza de pruebas en las cuales la recomendación está basada. Esto no refleja la importancia clínica de la recomendación.

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)

Nivel de Evidencia	Interpretación
1 a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1 b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1 c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2 b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (seguimiento de menos del 80%)
2 c	Investigación de resultados (outcomes research). Estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben, estudios ecológicos.
3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad.
3 b	Estudio de casos y controles.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, o fisiopatología

Grado de recomendación	Interpretación
A	Estudios de nivel 1.
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel

* Se relaciona con la fuerza de pruebas en las cuales la recomendación está basada. Esto no refleja la importancia clínica de la recomendación.

Anexo 6. Glosario de términos

Contrarreferencia: Es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente

Hemorragia posparto: Pérdida sanguínea mayor a 500 cc en un parto y más de 1000 cc en una cesárea.

Prenatal: Periodo durante el embarazo que precede al nacimiento

Prevalencia: La proporción de individuos de una población que padecen la enfermedad

Referencia: Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no. Existe otra terminología que causa confusión, por lo que la describimos a continuación.

Sutura hemostática de B-Lynch: Sutura compresiva que se coloca quirúrgicamente para tratamiento de hemorragia posparto.

Anexo 7. Abreviaturas utilizadas

ACOG Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia
AGREE Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
Amp ampolla
CIE 10 Décima revisión de la Clasificación internacional de Enfermedades
FIGO Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GPC Guía de Práctica Clínica
HPP Hemorragia posparto
IM intramuscular
IV vía intravenosa
L litro
MATEP Manejo Activo de la Tercera Etapa de la Labor de Parto. (AMSTL siglas en inglés)
mg miligramos
mL mililitro
mmHg milímetros de mercurio
MSP Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
OMS Organización Mundial de la Salud
PTT Tiempo de Tromboplastina parcial activada
SL Vía Sublingual
TA tensión arterial
TP Tiempo de Protrombina
ug Microgramos
UI Unidades Internacionales
UNFPA Fondo de Población de Naciones Unidas
VO vía oral

Referencias

1. WHO. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. World Health Organization. Geneva. 2009.
2. Khan K, Wojdyla D, Say Lale, Gülmezoglu MA, Van Look FP. WHO analysis of causes of maternal death. A systematic review. 2006. 367:1066 -74.
3. Ronsmans C, Graham WJ, on the behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: Who, when, where and why. Maternal survival 1. 2006.368:1189 -1200.
4. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. México: Secretaría de Salud, 2009.
5. Sosa C, Althabe F, Belizán J M and Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a latin-american population. Obstet Gynecol. 2009. 113;1313-9
6. FIGO guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low resource settings. International Journal of Gynecology and Obstetrics 117 (2012) 108–118.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG, Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin. Oct, 2006.No76, 1039 - 47,
8. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico. México: Secretaría de Salud, 2009
9. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. SOGC Clinical Practice Guideline. JOGC october 2009.
10. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FLASOG. Uso del misoprostol en Obstetricia y Ginecología. marzo 2007. Editor Anibal Faúndes, 2ª edición
11. B-Lynch CH, Keith L, Lalonde A and Karoshi M. A text book of postpartum haemorrhage. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention.v2006. Sapiens publishing.

12. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. MSP Ecuador 2008.
13. AGREE Collaboration. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. 2001. Disponible en: http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf
14. Henríquez Trujillo R, Jara Muñoz E, Chicaiza Ayala W, Sanchez Del Hierro G. Introducción a la Medicina Basada en Evidencias. First. Quito: Cooperación Técnica Belga en Ecuador; 2007.
15. Begley CM. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. (Comparación del manejo “activo” y “fisiológico” de la tercera etapa del trabajo de parto) Midwifery 1990;6:3-17.
16. McDonald SJ, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour (Uso profiláctico de ergometrina-oxitocina en comparación con oxitocina sola para la tercera etapa del trabajo de parto). Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD000201. DOI: 10.1002/14651858.CD000201.pub2.
17. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomized controlled trial (Uso de misoprostol oral para prevenir hemorragia posparto en comunidades de bajos recursos: estudio aleatorizado controlado). Lancet 2006:368:1248-53.
18. Gülmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour (Estudio aleatorizado multicéntrico de la OMS de misoprostol en el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto). Lancet 2001 Sep 1;358(9283):689-95.
19. Høj L, Cardosa P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomised double blind clinical trial (Efecto de la administración sublingual de misoprostol en hemorragia posparto grave en un centro de atención primaria de la salud en Guinea-Bissau: estudio clínico aleatorizado a doble ciego). BMJ 2005;331:723.
20. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage (Uso de prostaglandinas para prevenir hemorragias posparto). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD000494. DOI: 10.1002/14651858.CD000494.pub3.
21. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Novikova N, Linder V, Ferreira S, Piaggio G. Misoprostol to prevent and treat postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis of maternal deaths and dose-related effects (Uso de misoprostol para prevenir y tratar hemorragias posparto: revisión sistemática y metaanálisis de muertes maternas y efectos relacionados con la dosis). Bull World Health Organ. 2009 Sep;87(9):666-77.
22. Durocher J, Bynum J, León W, Barrera G, Winikoff B. High fever following postpartum administration of sublingual misoprostol. (Fiebre alta luego de la administración posparto de misoprostol por vía sublingual) BJOG. 2010 Jun;117(7):845-52.
23. World Health Organization. Model List of Essential Medicines 2011, 17th Edition (Organización Mundial de la Salud. Lista modelo de medicamentos esenciales 2011, 17º Edición). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2011.
24. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial (Tratamiento de hemorragia posparto con misoprostol por vía sublingual en comparación con oxitocina en mujeres que recibieron tratamiento profiláctico con oxitocina: estudio a doble ciego, aleatorizado de no inferioridad). Lancet 2010;375:217-23.
25. Ramanathan G, Arulkumaran S.Postpartum hemorrhage (Hemorragia posparto). J ObstetGynaecol Can 2006;28(11):967-73.
26. Widmer M, Blum J, Hofmeyr GJ, et al. Misoprostol as an adjunct to standard uterotonics for treatment of post-partum haemorrhage: a multicentre,double-blind randomised trial (Uso misoprostol como adyuvante al uso estándar de agentes uterotónicos para el tratamiento de hemorragia posparto: estudio aleatorizado, a doble ciego, multicéntrico). Lancet 2010;375:1808–13.
27. Winikoff B, Dabash R, Durocher J, Darwish E, Ngoc NTN, León W, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin:a double-blind, randomised, non-inferiority trial

(Tratamiento de hemorragia posparto con misoprostol por vía sublingual en comparación con oxitocina en mujeres que recibieron tratamiento profiláctico con oxitocina: estudio a doble ciego, aleatorizado de no inferioridad). Lancet 2010;375:210-16.

28. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial (Tratamiento de hemorragia posparto con misoprostol por vía sublingual en comparación con oxitocina en mujeres que recibieron tratamiento profiláctico con oxitocina: estudio a doble ciego, aleatorizado de no inferioridad). Lancet 2010;375:217-23.
29. Hofmeyr GJ, Ferreira S, Nikodem VC, Mangesi L, Singata M, et al. Misoprostol for treating postpartumhemorrhage: a randomized controlled trial (Uso de misoprostol oral para tratar hemorragia posparto: estudio aleatorizado controlado). BJOG 2004;111(9):1014-1019.
30. Lokugamage AU, Sullivan KR, Niculescu I, Tigere P, Onyangunga F, et al. A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus Syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary post partumhemorrhage (Estudio aleatorizado para comparar la administración por vía rectal de misoprostol con Syntometrine combinado con una infusión de oxitocina para detener la hemorragia posparto primaria). ActaObstetGynecolScand 2001;80:835-839.
31. Chaparro, C.M., Lutter, C., Camacho, V., Prácticas esenciales del parto para la salud y nutrición de la madre y el recién nacido. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C., 2007.
32. Chaparro, C.M., Lutter, C., Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C, 2007.
33. Chaparro, C., Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. The Lancet, Volume 367, Pp 1997 – 2004, 2006.
34. MSP Proyecto MODERSA. Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarios. MSP. Abril 2004.
35. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP 2008.
36. Prevention and management of postpartum haemorrhage. RCOG Green-top Guideline No. 52. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2009.
37. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarkin D. Guías para la atención de las principales Emergencias Obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Dirección Nacional de Normatización
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito - Ecuador
Teléfono 593.2.381.4400
www.salud.gob.ec