

Este mensaje es una copia del WebMaster enviado el **13/02/2020** y no representa una certificación del mismo.

Para certificarlo es necesario hacer la solicitud al Área de Comunicación Digital mediante el correo: [Grupo Area Comunicación Digital](#)

Sesión 2020-05
13 de febrero del 2020
GM-CCF-0705 -2020

PARA: Directores Médicos, Jefes de Servicio de Ginecología de los Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales, Periféricos y CAIS

DE: Comité Central de Farmacoterapia

Asunto: Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto

Para lo procedente, la Secretaría Técnica le comunica lo siguiente:

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2020-05, celebrada el 05 de febrero del 2020, se conoció oficio DFE-AMTC-3560-12-2019 del 18 de diciembre del 2019 y recibido en el Comité Central de Farmacoterapia el mismo día, y se comunica lo siguiente:

Acuerdo 2: El Comité Central de Farmacoterapia como Ente Asesor de la Gerencia Médica y la delegación que este le confiere, en referencia al Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto, según oficio DFE-AMTC-3560-12-2019, acuerda comunicar a los Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales, Periféricos y CAIS con copia a los Comités Locales de Farmacoterapia, Jefes de Servicios de Farmacia con copia a la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica, lo siguiente:

1. Se avala la implementación del **protocolo terapéutico para manejo institucional de la hemorragia posparto (HPP)**.
2. Se amplía el uso de la solución electrolítica balanceada solución en bolsa con 1000 mL, para ser utilizada por la **especialidad de Obstetricia según protocolo de HPP** (uso exclusivo en manejo del estado de choque).
3. Se modifica la Metilergometrina 0.2 mL ampollas 1 mL, a **nivel 1-A para uso por Medicina General según protocolo HPP**.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO INSTITUCIONAL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP)

1. Aspectos Introdutorios

La hemorragia posparto es considerada como la primera causa de muerte maternal a nivel mundial; en Costa Rica se ha reportado que la mortalidad materna alcanzó **16/68.000 nacidos vivos (Fuente: INEC)**

Se define como la pérdida sanguínea mayor a 500 mL tras un parto vaginal y 1000 mL posterior a una cesárea; sin embargo, para facilitar el proceso aplica a **toda aquella hemorragia excesiva, capaz de producir síntomas o signos de depleción de volumen.**

Se clasifica según el factor tiempo:

- *Primaria:* Aquella que ocurre en las primeras 24 horas del posparto,
- *Secundaria:* Después de las primeras 24 horas y hasta 12 semanas posparto.

En todos los casos, es pertinente analizar las “cuatro T’s”: **Tono:** Atonía (La causa más frecuente), **Trauma:** Laceraciones o desgarros, **Tejidos:** Retención de restos placentarios y **Trombina:** Coagulación (preexistente o adquirida).

2. Prevención

Gran parte de las muertes maternas ocurren en las primeras 4 horas posteriores al parto, como consecuencia de complicaciones presentadas durante el tercer estadio de la labor; por lo tanto, las intervenciones requeridas para reducir su incidencia son aquellas dirigidas a asistir el alumbramiento:

- Manejo activo del tercer estadio de la labor.
- Uso de uterotónicos (preferiblemente Oxitocina).
- Clampeo del cordón umbilical (entre 1 y 3 minutos posterior al nacimiento)
- Tracción controlada del cordón umbilical (por personal entrenado).
- Supervisión del tono uterino.

3. Manejo

El manejo de la hemorragia posparto tiene cuatro componentes que deben llevarse a cabo simultáneamente:

- Comunicación
- Detención del sangrado
- Resucitación
- Monitorización

1.

1. Comunicación:

Todo caso se debe reportar al médico especialista presente en la Sala de Partos con la mayor experiencia. Además, se debe alertar al equipo de Sala de Operaciones (incluido Anestesiología) y al Laboratorio/Banco de Sangre.

Además, se le debe comunicar a la paciente y a su acompañante lo que esta sucediendo, para mantenerlos informados.

En el PRIMER nivel de atención: comunicarse con Emergencias (Obstetricia) del hospital correspondiente (Segundo Nivel) y referir de inmediato el caso, con traslado urgente.

1.

2. **Detención del sangrado:**

En todos los casos se debe evaluar según las principales causas de hemorragia posparto, bajo la consideración de las las “cuatro T’s”.

Ante una atonía uterina como causa de la hemorragia, se debe instaurar las siguientes medidas:

1. Masaje uterino bimanual
2. Sonda Foley para asegurar adecuado vaciamiento vesical
3. Infusión IV de **Oxitocina** 40 unidades en 500 mL de solución CNa a velocidad de 125 mL/hr; únicamente en caso de no tener acceso venoso disponible, se administra 10 U por vía IM.
4. Sin respuesta uterotónica en un periodo de 5 minutos: Metilergometrina 0.2 mg por vía IM (no usar en paciente hipertensas ni con cardiopatía).
5. **Clampeo de arterias uterinas por vía vaginal.**
6. **Taponamiento uterino** con balón de bakri o gaza estéril o la colocación de una Sonda Foley (30 a 60mL)
7. Considerar resolución quirúrgica, si la hemorragia persiste.

8.

3. **Resucitación**

En el PRIMER nivel de atención, aplica infusión IV con cristaloides: solución salina 0.9% en bolo e inicia la infusión IV con Oxitocina **40 unidades en 500 mL a velocidad de 125 mL/h**; en caso de no tener acceso venoso disponible, se administra una dosis inmediata de 10 U por vía IM.

A nivel hospitalario: Secuencia ABC y dirigir el manejo conforme se van detectando los problemas. Vía Aérea (A) y respiración (B): descartar compromiso de la vía aérea y colocar O₂ 4-6 L por nasocánula. Circulación (C): asegurar acceso venoso con dos catéteres de 14 pulgadas, tomar muestras para el laboratorio; **para el manejo del estado de choque administrar solución electrolítica balanceada IV** en bolo, colocar una Sonda Foley para monitorizar la diuresis y un monitor no invasivo de signos vitales; además, mantener calor corporal con medios físicos y calcular el índice de choque (anexo 1).

Las muestras para laboratorio: hemograma completo, coagulación, gases arteriales (determinar el déficit de base), pruebas de función renal, función hepática y pretransfusionales.

Transfusión de hemocomponentes: iniciar lo antes posible si la hemorragia estimada es mayor a 1000 mL, persiste el sangrado excesivo, clínicamente se encuentra en estado de choque (índice de choque, anexo 1) y se registra déficit de base (resultado de gases arteriales), como se muestra a continuación:

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Estado de choque	no hay	leve	moderado	severo
Déficit de base al momento del ingreso (mmol/L)	2	>2.0 a 6.0	6.0 a 10.0	>10.0
Necesidad para hemocomponentes	No transfundir	Considerar transfundir	Transfundir	Preparar para transfusión masiva

El curso de la transfusión se puede acompañar con la administración del ácido aminocaproico IV:

1. Con hemorragia masiva (necesidad de reponer más del 50% del volumen sanguíneo en 2 horas)
2. Ante sangrado persistente posterior a la administración de 4 U de GREs
3. Con PAS <90 mmHg o FC >120 lpm y presencia de sangrado excesivo

La resucitación con hemoderivados se realiza a una razón de 1:1:1:1 (GRE, PK, PFC y Crioprecipitados) junto con la administración IV del ácido aminocaproico, como se muestra en el cuadro siguiente:

Ronda	GRE	PFC	PK's	Crioprecipitados
Ácido Aminocaproico 5 g (150 mg/kg) durante primera hora + infusión 1 g/h (15 mg/kg/h) vía IV hasta controlar hemorragia				
1	6U	6U	6U	10U
2	6U	6U	6U	
3	6U	6U	6U	10U

1.

4. Monitorización

Para dar seguimiento, se debe valorar la respuesta de la paciente a las maniobras de resucitación implementadas según descripción anterior. Dicha evaluación consiste en la

valoración periódica de los signos vitales, la cuantificación de la diuresis y la evaluación de los resultados de las pruebas de laboratorio.

4. Medicamentos LOM para el manejo de las pacientes con hemorragia postparto:

1-10- 43-4550 | Sodio cloruro 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa con 500 mL usuario 1-A clave HM.

1-10- 43-4560 | Sodio cloruro 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa con 1000 mL usuario 1-A clave HM.

1-10-37-4390 Oxitocina 5 U/mL solución 1 mL, usuario 1-A clave HM (para uso por vía IV debe diluir en la solución 0.9%).

1-10-37-4280 Metilergometrina 0.2 mL ampollas 1 mL, usuario 2-B* (se propone 1-A según protocolo para HPP) clave HM.

1-10-43-4590 Solución electrolítica balanceada solución en bolsa con 1000 mL, usuario 2-B* (se propone 2-C Obstetricia para el manejo del estado de choque según protocolo HPP) clave HRE.

1-10-12-3040 Acido aminocaproico 25% (250 mg/mL) envase 10 mL (contiene 2.5 g) o 20 mL (contiene 5 g), usuario 2-C clave HE.

ANEXO 1.

INDICE DE CHOQUE (IS, por sus siglas en inglés)

Para contribuir a clasificar la hemorragia y determinar la necesidad de iniciar las transfusiones, se se calcula el índice de choque al dividir la Frecuencia Cardiaca (FC)/PA sistólica; se considera que la paciente se encuentra en estado de choque hipovolémico si el índice es >0.8 Strehlow 2010

Índice	Índice de choque (IS)= FC/PAS		
	Pérdida de volumen sanguíneo		Grado de choque hipovolémico
$\leq 0.5 - 0.7$		Normal	--
0.7 - 0.9	<20%	500 - 750 mL	Clase I
0.9 - 1.1	20 - 30%	1000 - 1500 mL	Clase II
1.1 - 1.3	30 - 50%	1500 - 2000 mL	Clase III
≥ 1.3	50 - 70%	2500 a 3500 mL	Clase IV

ANEXO 2.

Medicamento LOM: 1-10-12-3040 **Acido aminocaproico** 25% (250 mg/mL) envase 10 mL (contiene 2.5 g) o 20 mL (contiene 5 g), usuario 2-C clave HE.

Dosis usual: 5 g de ácido aminocaproico en 250 mL de diluyente por infusión durante la primera hora de tratamiento, seguido por una infusión continua a velocidad de 4 mL (1 g)/hora en 50 mL de diluyente. Este método de tratamiento normalmente se continua durante aproximadamente 8 horas o hasta que la hemorragia ha sido controlada. Dosis máxima: 30 g/24 hs.

Le saluda atentamente,

COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

(Original firmado)

Dr. Ricardo Pérez Gómez

Secretario Técnico