

RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

Información destacada y mensajes clave de las nuevas recomendaciones mundiales de 2012

Antecedentes

A pesar del progreso que se ha logrado en los últimos años en la reducción de la cantidad de mujeres que sufren morbilidad o mortalidad por hemorragia posparto (*postpartum haemorrhage*, PPH), esta continúa siendo la causa directa más común de muerte materna en los países de ingresos bajos. La mayoría de estas muertes pueden evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante el control y tratamiento oportuno y apropiado.

En marzo de 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una consulta técnica sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto para revisar los datos científicos actuales y actualizar las directrices sobre la PPH publicadas previamente.¹ Las nuevas directrices combinan documentos previos para abordar tanto la prevención como el tratamiento, ya que reconocen la importancia de la asistencia integrada.



Este breve documento resume los mensajes clave de las nuevas directrices de las OMS, y se centra en destacar los cambios y las mejores prácticas recomendadas. El objetivo es ayudar a los responsables de la formulación de políticas, a los directores de programas, a los educadores, a los prestadores y a todos los que participan en la asistencia de mujeres parturientas a asegurar que se realicen mayores esfuerzos para la prevención y el tratamiento de la PPH. Todas las actividades para la prevención de la PPH deben llevarse a cabo dentro de un paquete integral de intervenciones para prevenir y tratar la PPH, junto con el proceso continuo de atención que se extiende desde el hogar hacia el hospital.

Reafirmación y perfeccionamiento de las mejores prácticas para la prevención de la PPH

- **La conducta activa en el alumbramiento (active management of the third stage of labour, AMTSL) continúa siendo una de las mejores prácticas; el uso de agentes uterotónicos es el elemento más crítico.**
- **Durante el alumbramiento, se deben administrar agentes uterotónicos a todas las mujeres parturientas para la prevención de la PPH. Pruebas**

AMTSL (2012)

- Un agente uterotónico, preferentemente oxitocina, 10 UI IM inmediatamente después de todos los partos, incluidas las cesáreas (*recomendado*)
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical (1 a 3 minutos después del parto) (*recomendado*)
- Tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento de la placenta (*opcional*)
- Masaje en el fondo uterino (*opcional*)
- Evaluación regular y frecuente del tono uterino mediante el examen del fondo uterino después del alumbramiento de la placenta (*recomendado*)

Para el análisis adicional de la AMTSL, ver el resumen de la OMS "AMTSL: Nuevas recomendaciones de la OMS ayudan a focalizar la implementación" (AMTSL: New WHO Recommendations Help to Focus Implementation).

¹ OMS 2012. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage). OMS: Ginebra.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/index.html.

científicas recientes han confirmado la eficacia de la administración de un agente uterotónico, que provoca que el útero se contraiga y, por lo tanto, reduce la duración del alumbramiento y el riesgo de PPH. Ver el resumen de 2012 de la OMS titulado “*AMTSL: Nuevas recomendaciones de la OMS ayudan a focalizar la implementación*” (*AMTSL: New WHO Recommendations Help to Focus Implementation*) para obtener más información.

- **La oxitocina sigue siendo el agente uterotónico preferido para la AMTSL.** La oxitocina (10 UI, IM o IV) es el agente uterotónico preferido en función de los estudios sobre la seguridad y la eficacia de los agentes uterotónicos. También es el agente uterotónico recomendado para la prevención de la PPH durante las cesáreas.
- **Si no se dispone de oxitocina, deben administrarse ergometrina o misoprostol.** Dado que los agentes uterotónicos son tan importantes para la prevención de la PPH, si no se dispone de oxitocina, se debe administrar otro agente uterotónico como ergometrina inyectable o misoprostol oral (600 mcg).
- **Otros elementos de la AMTSL (la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje inmediato en el fondo uterino) son opcionales para la prevención de la PPH.** Pruebas científicas recientes han mostrado que se obtiene un beneficio adicional mínimo de cualquiera de estas prácticas para la prevención de la hemorragia. Ver el resumen de 2012 de la OMS titulado “*AMTSL: Nuevas recomendaciones de la OMS ayudan a focalizar la implementación*” (*AMTSL: New WHO Recommendations Help to Focus Implementation*) para obtener más información.
- **Si no hay una partera capacitada presente ni se dispone de oxitocina (como en un parto domiciliario sin asistencia), el personal sanitario lego debe administrar 600 mcg de misoprostol oral.** Si no hay una partera capacitada presente durante el parto también es necesario administrar un agente uterotónico a las mujeres que están en trabajo de parto para la prevención de la PPH; por lo tanto, el trabajador de la salud en la comunidad o el asistente de partos que esté presente debe administrar misoprostol oral. La OMS recomienda realizar investigaciones futuras sobre la distribución avanzada de misoprostol durante el período prenatal para la autoadministración durante el alumbramiento en los partos domiciliarios sin que esté presente un asistente capacitado.
- **Se continúa recomendando el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos, a fin de reducir la anemia en el lactante, al mismo tiempo que se comienza la asistencia esencial del recién nacido.** Se recomienda el pinzamiento temprano del cordón umbilical (<1 minuto después del parto) solamente si un neonato tiene asfisia y debe ser trasladado de inmediato para recibir reanimación. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical especialmente para los partos prematuros e incluso para los hijos de mujeres que viven con el VIH.

Cuando no se dispone de oxitocina

Si bien la oxitocina es el medicamento preferido para la prevención y el tratamiento de la PPH, su uso no siempre es viable en lugares de escasos recursos porque requiere refrigeración, equipos estériles para la inyección y un profesional capacitado. Las nuevas recomendaciones tienen en cuenta esta cuestión de dos maneras:

- Cuando no se dispone de oxitocina, deben administrarse otros agentes uterotónicos inyectables o misoprostol oral (600 µg).
- Cuando no hay parteras capacitadas ni se dispone de oxitocina, el personal sanitario de la comunidad y el personal sanitario lego deben administrar misoprostol (600 µg por vía oral) para la prevención de la PPH.

PREVENCIÓN DE LA PPH: ACCIONES RELACIONADAS CON POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA INCORPORAR NUEVAS DIRECTRICES	
Recomendación de 2012 de la OMS	Acción relacionada con políticas/programas
La oxitocina es el agente uterotónico preferido para la AMTSL.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la disponibilidad de oxitocina y el almacenamiento apropiado en un ambiente fresco en todos los establecimientos de salud donde se realicen partos. • Monitorear la falta de oxitocina. • Evaluar la calidad de la oxitocina cuando hay dudas sobre la cadena de frío y el almacenamiento. • Continuar promoviendo la AMTSL en políticas

PREVENCIÓN DE LA PPH: ACCIONES RELACIONADAS CON POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA INCORPORAR NUEVAS DIRECTRICES

Recomendación de 2012 de la OMS	Acción relacionada con políticas/programas
	<p>nacionales, incluido el apoyo de la práctica de la AMTSL en todos los establecimientos de maternidad del sistema de salud y por todos los cuadros con habilidades obstétricas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a colegas respecto de que otros elementos de la AMTSL (la tracción controlada del cordón umbilical [CCT] y el masaje inmediato en el fondo uterino) son opcionales para la prevención de la PPH. • Asegurarse de que la AMTSL esté incluida en todos los planes de capacitación en servicio y previos al servicio para los cuadros de asistentes capacitados. • Asegurarse de la puesta en práctica de sistemas para monitorear y realizar el seguimiento de la implementación de la AMTSL. • Agregar el indicador de cobertura de agentes uterotónico profilácticos² como un indicador de procesos para los programas nacionales.
<p>En los lugares donde se dispone de parteras capacitadas, se recomienda la tracción controlada del cordón umbilical (controlled cord traction, CCT) para los partos vaginales si el prestador de atención de la salud y la parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y en la duración del alumbramiento. En los lugares donde no se dispone de parteras capacitadas, <u>no</u> se recomienda la CCT. (NUEVA en 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que los sistemas de educación y capacitación continúen incluyendo el componente de la CCT en los programas de capacitación. • Si la prioridad nacional es brindar servicios de prevención de la PPH a mujeres sin la atención de una partera capacitada durante el parto, el programa debe promover el uso de un agente uterotónico solo (misoprostol u oxitocina en Uniject®), pero no debe incluir la CCT en el paquete.
<p>Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la asistencia esencial simultánea del recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que los protocolos clínicos en atención obstétrica y neonatal esencial aborden el pinzamiento tardío del cordón umbilical incluso durante las cesáreas.
<p><u>No</u> se recomienda el masaje uterino sostenido como intervención para prevenir la PPH en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica. (NUEVA en 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que la práctica no esté incluida en las políticas nacionales ni en los planes de capacitación.
<p>Se recomienda la evaluación abdominal posparto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina en todas las mujeres. (NUEVA en 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que la práctica esté incluida en las políticas nacionales o en los planes de capacitación.
<p>Los trabajadores de la salud en la comunidad o el personal sanitario lego deben administrar misoprostol ante la ausencia de una partera capacitada (como en el parto domiciliario). (NUEVA en 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las políticas y los programas nacionales para asegurar el 100 % de cobertura de los agentes uterotónicos en todas las mujeres inmediatamente después del parto, ya sea que el parto tenga lugar en un establecimiento o en el hogar. • Capacitar a los cuadros basados en la comunidad en la administración de misoprostol en los partos domiciliarios. • Conseguir suficiente misoprostol para la distribución a trabajadores de la salud capacitados en la comunidad. • Apoyar y monitorear a los cuadros basados en la comunidad respecto de la administración de misoprostol en los partos domiciliarios.
<p>La oxitocina (IV o IM) es el agente uterotónico recomendado para la prevención de la PPH en las cesáreas. (NUEVA en 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que los hospitales tengan un protocolo vigente para la administración de agentes uterotónicos durante las cesáreas. La oxitocina puede administrarse a través de la vía intravenosa ya existente siempre que se haga el esfuerzo de administrar la solución rápidamente.
<p>La tracción del cordón umbilical es el método recomendado para la extracción de la placenta en la cesárea. (NUEVA en 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe capacitar a los prestadores en la extracción de la placenta mediante la tracción del cordón umbilical, en lugar de la extracción manual, como se realizaba comúnmente en el pasado.

² Se sugiere que el indicador se calcule como la cantidad de mujeres que reciben agentes uterotónicos profilácticos durante el alumbramiento dividida por todas las mujeres parturientas.

Reafirmación y perfeccionamiento de las mejores prácticas para el tratamiento de la PPH

Las nuevas directrices reemplazan las *Directrices de la OMS para el tratamiento de la hemorragia posparto y la placenta retenida (WHO Guidelines for the Management of Postpartum Haemorrhage and Retained Placenta)* de 2009. Las actualizaciones basadas en pruebas científicas recientes incluyen lo siguiente:

- **Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la PPH.** Iniciar el masaje uterino tan pronto se identifiquen sangrado excesivo o atonía uterina.
- **La oxitocina intravenosa sola sigue siendo el medicamento uterotónico recomendado para el tratamiento de la PPH.** La oxitocina IV es el medicamento de primera línea preferido sobre otros medicamentos (ergometrina y prostaglandinas), incluso para las mujeres a quienes se les ha administrado para prevenir la PPH.
- **Si no se dispone de oxitocina intravenosa o si el sangrado no responde a la oxitocina, deben administrarse ergometrina intravenosa, una dosis fija de oxitocina-ergometrina o prostaglandinas sintéticas (incluido misoprostol sublingual, 800 mcg).** Esta es una recomendación actualizada que considera las tres opciones de segunda línea, incluidas las prostaglandinas.
- **Si la PPH persiste:**
 - No se recomienda el uso de **taponamiento con balón intrauterino** para el tratamiento de la PPH por atonía uterina. Ahora, esta recomendación es más fuerte que en las directrices previas. Puede utilizarse en mujeres que no responden a agentes uterotónicos o si no se dispone de agentes uterotónicos. Este procedimiento potencialmente puede evitar la cirugía y es apropiado mientras se espera el traslado a un establecimiento de mayor complejidad.
 - Se recomienda la **embolización de la arteria uterina** como tratamiento para la PPH por atonía uterina, si otras medidas han fracasado. Ahora, esta recomendación es más fuerte que en las directrices previas.
 - Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento (con agentes uterotónicos y otras intervenciones disponibles), se recomienda el uso de **intervenciones quirúrgicas**.
- **En el caso de las mujeres que experimentan PPH y esperan el traslado, se recomiendan las siguientes medidas temporarias hasta que se disponga de asistencia apropiada:**
 - Uso de **compresión uterina bimanual** para el tratamiento de la PPH por atonía uterina después del parto vaginal. Ahora, esta recomendación es más fuerte que en las directrices previas.
 - Uso de **compresión aórtica externa** para el tratamiento de la PPH por atonía uterina después del parto vaginal.
 - Uso de **prendas no neumáticas antishock** (non-pneumatic anti-shock garments, NASGs). Esta es una recomendación nueva. Hay investigaciones en curso para evaluar los posibles daños y beneficios de las NASGs para el tratamiento de la PPH.
- **En el caso de la placenta retenida, se sigue recomendando el uso de oxitocina IV/IM (10 UI) en combinación con la CCT.** Todavía no se recomienda el uso de ergometrina. Si bien las directrices de 2009 incluyeron la inyección de oxitocina en la vena intraumbilical como tratamiento de la placenta retenida, la versión actualizada concluye que no hay suficientes pruebas científicas para recomendar su uso.

TRATAMIENTO DE LA PPH: ACCIONES RELACIONADAS CON POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA INCORPORAR NUEVAS DIRECTRICES	
Recomendación de 2012 de la OMS	Acción relacionada con políticas/programas
Si no se dispone de oxitocina intravenosa, o si el sangrado no responde a la oxitocina, se recomienda el uso de ergometrina intravenosa, una dosis fija de oxitocina-ergometrina o prostaglandinas sintéticas (incluido misoprostol sublingual, 800 µg). (NUEVA en 2012)	<ul style="list-style-type: none"> No es necesario modificar las directrices nacionales, pero si se programa un proceso de actualización de las directrices, el tratamiento puede simplificarse para eliminar las distinciones de segunda y tercera línea.
Si las mujeres no responden al tratamiento con agentes uterotónicos, o si no se dispone de agentes uterotónicos, se recomienda el uso de taponamiento con balón intrauterino para el tratamiento de la PPH por atonía uterina. (NUEVA en 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Revisar las directrices nacionales para asegurarse de que esté incluido el uso de taponamiento con balón. Revisar los planes de capacitación para asegurarse de que los prestadores estén capacitados para usar el taponamiento con balón. Conseguir taponamientos; adaptar para los lugares de escasos recursos, según sea necesario.
Si otras medidas han fracasado y se dispone de los recursos necesarios, se recomienda el uso de la embolización de la arteria uterina como tratamiento para la PPH por atonía uterina. (NUEVA en 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Revisar las directrices nacionales para asegurarse de que este procedimiento pueda proporcionarse cuando corresponda, dados los recursos significativos necesarios (costo del tratamiento, establecimientos y capacitación de los prestadores).
Se recomienda el uso de compresión uterina bimanual como medida temporaria hasta que se disponga de asistencia apropiada para el tratamiento de la PPH por atonía uterina después de un parto vaginal. (NUEVA en 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Revisar las directrices nacionales para asegurarse de que esté incluido. Revisar los planes de capacitación para asegurarse de que los prestadores correspondientes estén capacitados.
Se recomienda el uso de NASG como medida temporaria hasta que se disponga de asistencia apropiada. (NUEVA en 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Revisar las directrices nacionales para asegurarse de que las NASGs estén incluidas. Revisar los planes de capacitación para asegurarse de que los prestadores estén capacitados para usar una NASG. Conseguir NASGs; adaptar para los lugares de escasos recursos, según sea necesario.
No hay pruebas científicas suficientes para recomendar el uso de inyección de oxitocina en la vena intraumbilical como tratamiento para la placenta retenida. (NUEVA en 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Revisarlo/eliminarlo de las directrices nacionales si está incluido. Revisarlo/eliminarlo de las planes de capacitación, si es necesario.
Se recomienda el monitoreo del uso de agentes uterotónicos después del parto para la prevención de la PPH como indicador de procesos para la evaluación programática. (NUEVA en 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Agregar este indicador de procesos a los programas nacionales. Asegurarse de que se disponga de los datos a través de los Sistemas de Información de la Administración de Salud (Health Management Information Systems, HMIS).

Este programa y el informe fueron posibles gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación GHS-A-00-08-00002-000. Los contenidos son responsabilidad del Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP, por sus siglas en inglés) y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

MCHIP es el principal programa de salud materna, neonatal e infantil del Departamento para la Salud Mundial de USAID. MCHIP apoya programas en distintas áreas tales como salud materna, neonatal e infantil, inmunización, planificación familiar (PF), malaria y VIH/SIDA; y fomenta sólidamente las oportunidades para la integración entre ellas. Las áreas técnicas de corte-transversal incluyen agua, sanidad, higiene, salud urbana y fortalecimiento de los sistemas de salud.