

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención y manejo de la **HEMORRAGIA POSTPARTO** en el primer y segundo niveles de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-103-08**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primero y segundo nivel de atención;** México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

CIE 10 XV 000-099 Embarazo, parto y puerperio 0072 Hemorragia postparto

Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primer y segundo niveles de atención

Coordinadores: Dra. Julieta Rojo Medina	Medicina		Centro Nacional de transfusión sanguínea	Directora General
Autores: Q.F.I José Antonio Arroyo Pérez	Químico Industrial	farmacéutico	Centro Nacional de transfusión sanguínea	Subdirector técnico.
Q.B.P Martha A. Torres Olvera	Químico Parasitólogo	Bacteriólogo		Jefe de departamento de fraccionamiento de la sangre Director Técnico.
Dr. Víctor Jesús Torras Giner	Medico			Médico adscrito al servicio de promoción y captación
Dra. Ana María Castro Chávez	Medico			Secretario de salud del Estado de Puebla.
Dr. Rafael Antonio Marin y López	Medico			Residente de cuarto año
Dra. Iliana Hernández Pérez	Ginecología y obstetricia		Hospital de la Mujer Instituto Mexicano del Seguro Social CENETEC	Médico adscrito
Dra. Mara Rafaela Cazarin Amoros	Anestesiología			Medico adscrito
Dr. Miguel Angel Martinez Enriquez	Ginecología y obstetricia			
Dra. J. Lorraine Cárdenas Hernández	Ginecología y Obstetricia		Hospital de la Mujer	Residente de cuarto año
Validación Interna: Dr. José Antonio Ramirez Calvo	Ginecología y obstetricia y medicina materno fetal		Instituto Nacional de Perinatología	Jefe del departamento de Especialidades Médicas.
Validación Externa: Dr José Jesús Prado Alcazar	Ginecología y obstétrica, Biología de la Reproducción.		Hospital de la Mujer	Adscrito al servicio de Ginecología
Dr. Héctor Peña Dehesa	Ginecología y obstetricia y medicina materno fetal			Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.....	6
3. Aspectos generales.....	7
3.1 Justificación.....	7
3.2 Objetivo de esta guía.....	8
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias y recomendaciones.....	10
4.1 Prevención primaria.....	11
4.1.1 Promoción a la salud.....	11
4.1.1.1 Estilo de vida.....	11
4.1.2 Medidas no farmacológicas.....	12
4.1.3 Medidas farmacológicas.....	14
4.2 Prevención secundaria.....	17
4.2.1 Detección.....	17
4.2.1.1 Diagnóstico temprano.....	17
4.2.2 Estudios de laboratorio y gabinete.....	17
4.3 Limitación del daño.....	18
4.3.1 Tratamiento oportuno y adecuado.....	18
4.3.2 Tratamiento no farmacológico.....	19
4.3.3 Tratamiento farmacológico.....	20
4.3.4 Tratamiento con coloides cristaloides y crioprecipitados.....	21
4.3.5 Tratamiento quirúrgico.....	23
5. Bibliografía.....	25
7. Comité Académico.....	26
8. Directorio.....	27
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	28

1. CLASIFICACIÓN

Registro SSA-103-08			
Profesionales de la salud	Anestesiólogo Médico urgenciólogo Enfermera	Hematólogo Médico familiar Médico internista	Obstetra Ginecologo
Clasificación de la enfermedad	XV 000-099 Embarazo Parto Y Puerperio. Hemorragia Postparto. De acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10		
Categoría de GPC	Primer y segundo nivel	Consejería en relación a los factores de riesgo Evaluación Educación para la salud Diagnóstico Prevención primaria y secundaria	Pronóstico Tratamiento no farmacológico Tratamiento farmacológico Tratamiento quirúrgico
Usuarios potenciales	Enfermeras generales Enfermeras especializadas Personal de salud en servicio social Planificadores de servicios de salud	Personal médico en formación Médicos generales Médicos urgenciólogos	Médicos familiares Técnicos en enfermería Paramédicos
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Secretaría de Salud Centro Nacional de la Transfusión sanguínea		
Población blanco	Mujeres en Puerperio y hasta 12 semanas después del parto		
Fuente de financiamiento/ patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Centro Nacional de la Transfusión sanguínea		
Intervenciones y actividades consideradas	<p>Transfusión autóloga perioperatoria de sangre total o de componentes de la sangre Transfusión de sangre autóloga recogida previamente Otra transfusión de sangre entera Transfusión de concentrado de hemáties Transfusión de plaquetas Transfusión de factores de coagulación Transfusión de otro suero Transfusión de expansor sanguíneo Transfusión de otra sustancia Histerectomía subtotal abdominal Histerectomía abdominal total Histerectomía vaginal Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH) Otra histerectomía vaginal Histerectomía abdominal radical Histerectomía vaginal radical Exenteración pélvica Otras histerectomías y las no especificadas Otras operaciones sobre el útero y sus estructuras de soporte CIE9: 990, 9900, 9901, 9902, 9903, 9904, 9905, 9906, 9907, 9908, 9909 683X, 684X, 685, 685 1, 685 9, 686 X, 687X, 688X, 689X, 69</p>		
Impacto esperado en salud	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico oportuno Reducción en la tasa de mortalidad materna	Prevención de complicaciones por Hemorragia Reducción en la transfusión de hemoderivados	
Metodología	<p>Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 16 Guías seleccionadas: 1 del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo:7 Revisiones sistemáticas: 5 Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por el Adopción de guías de práctica clínica internacionales: 7 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *</p>		
Método de validación y adecuación	Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Nacional de Perinatología Validación Externa : Hospital de la Mujer		
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO <i>SSA-103-08</i> FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>		

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para que se presente hemorragia postparto?
2. ¿Cuáles son las acciones preventivas para la hemorragia postparto?
3. ¿Cuáles son los signos de la hemorragia postparto?
4. ¿Cuáles son los síntomas de la hemorragia postparto?
5. ¿Cuál es la clasificación diagnóstica del grado de choque para mujeres con hemorragia en el postparto?
6. ¿Cuáles son las pruebas de laboratorio para evaluar el grado de hemorragia en la paciente?
7. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de la hemorragia postparto?
8. ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico de la hemorragia postparto?
9. ¿Cuál es el agente uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia postparto primaria?
10. ¿Cuáles son las indicaciones específicas para transfusión con hemoderivados?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna se encuentra actualmente dentro de las primeras diez causas de muerte en nuestro país, la causa más frecuente es la hemorragia grave, un factor importante de mortalidad tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Debido a las diferencias en la atención médica de este problema y sus consecuencias e impacto en la salud, reflejados en los años de vida pérdida, se justifica llevar a cabo acciones específicas y sistematizadas para la detección temprana de complicaciones y el tratamiento de esta patología, que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad materna.

Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia. En algunos casos, una maniobra sencilla pero urgente como la extracción manual de la placenta puede resolver el problema, otras mujeres necesitan una intervención quirúrgica o una transfusión de sangre, y en ambos casos es preciso ingresar a la paciente en un centro con el personal, el equipo y los suministros adecuados. La proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, así como el manejo activo de la tercera fase del parto, y las acciones inmediatas cuando se presenta una hemorragia. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada. *OMS, 2008.*

La transfusión de sangre y sus componentes sigue siendo el trasplante de tejido más común, y salva vidas cuando se producen hemorragias, la seguridad sanguínea no solo radica en el acto transfusional, esta debe ser considerada desde el momento en que se indica algún componente sanguíneo, ya que dicha indicación debe realizarse al hacer una valoración profunda del balance riesgo-beneficio; siendo fundamental que para tomar dicha decisión, sean consideradas las recomendaciones sustentadas en ensayos clínicos o en el mejor de los casos sean consideradas las opiniones de un consenso de expertos.

El contar con sangre y sus componentes es un tema de interés social debido a que es un bien irremplazable y necesario, cuya única fuente de obtención es el ser humano; y que debe emplearse bajo condiciones de equidad, igualdad y humanidad, por lo que debe fomentarse una cultura de ahorro de sangre, ya que es una necesidad permanente en cualquiera de los servicios de salud.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica **Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primer y segundo nivel de atención**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- La identificación temprana de factores de riesgo para hemorragia postparto.
- El manejo oportuno de la hemorragia postparto
- El soporte hemodinámico suficiente y oportuno en la hemorragia postparto

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La hemorragia postparto (CIE 10 O 72 hemorragia postparto) es cualquier pérdida sanguínea que tiene el potencial de causar inestabilidad hemodinámica, sin embargo ésta definición no considera la cantidad de sangrado solo las condiciones hemodinámicas, tradicionalmente se ha considerado a la hemorragia postparto como la pérdida de 500ml de sangre postparto y 1000ml trans y postcesárea, ya que las pérdidas permisibles varían de acuerdo a las condiciones previas de la paciente. *SOGC2009;RCOG 2009*

	Proceso etiológico	Factores de riesgo
"TONO" (atonía uterina)	Útero sobre distendido	Polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía
	Cansancio del músculo uterino	Parto rápido, parto prolongado, alta paridad
	Infección intraamniótica	Fiebre, rotura prematura de membranas prolongada
	Alteración anatómica o funcional del útero	Miomas, placenta previa, anomalías uterinas
"TEJIDO" (retención de productos)	Placentario	expulsión incompleta de la placenta, cirugía uterina previa, paridad alta, placenta anómala
	Coágulos	utero atónico
"TRAUMA" (lesión del canal genital)	Desgarro en canal blando	Parto precipitado, parto operatorio
	Desgarro en cesárea	Malposición, gran encajamiento
	Rotura uterina	Cirugía uterina previa
"TROMBINA" (alteraciones de la coagulación)	Inversión uterina	Gran paridad, placenta fúndica
	Previas: hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand	Coagulopatías, Hepatopatías
	Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico)	Sangrado con el rasurado, muerte fetal, fiebre, leucocitosis, hemorragia anteparto, inestabilidad aguda
	Anticoagulación terapéutica	Estudio de coagulación

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

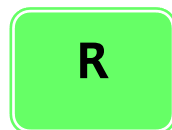
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcado en cursivas. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA**4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD****4.1.1.1 ESTILO DE VIDA****Evidencia / Recomendación****Nivel / Grado****R**

Los factores de riesgo se pueden presentar prenatalmente o en el momento del parto, los planes de cuidado deben de ser modificados ante la presencia de los factores de riesgo, los médicos deben tener cuidado de estos factores y deberían de tomarlos en cuenta al momento de decidir el sitio y las condiciones del parto.

En la mayoría de los casos de hemorragia obstétrica no se identifican factores de riesgo.

La disminución del hematocrito durante la gestación es de 33-35 % (anemia fisiológica del embarazo); las embarazadas presentan anemia en el 37%.

Si se prescribe hierro en forma adecuada las gestantes llegan al parto en condiciones de tolerar las pérdidas de sangre asociadas a él.

Aquellas mujeres con un estado anémico previo al embarazo, deberán recibir suplementos de hierro, a razón de 1.8 a 2.5 mg de hierro elemental, administrado en ambiente ácido, cada 24 horas (15 a 20 gotas de hierro en solución en un vaso de jugo de cítrico, 15 minutos antes de algún alimento).

Consenso de grupo de expertos*RCOG 2009***E****2 B**

ECAs con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes

Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R**1cA**

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación

Revez L, 2008

R**1cA**

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación

Revez L, 2008

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.2 MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

R

El manejo activo del tercer periodo del parto ha sido útil como un medio efectivo para prevenir la hemorragia postparto e incluye:

- administración de un oxitócico con fines profilácticos después del parto
- pinzamiento y corte durante el primer minuto del cordón umbilical
- tracción controlada del cordón umbilical.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Prendiville; 2000

R

Las pruebas muestran que no existen ensayos controlados aleatorios para apoyar el uso de la presión del fondo uterino en lugar de la tracción controlada del cordón como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto. Por lo tanto, la tracción controlada del cordón debe continuar como el método de extracción de la placenta en el tratamiento activo del alumbramiento.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Peña Marti G; 2008

E

Los cuidados en el tercer periodo del trabajo de parto deben incluir el pinzamiento temprano del cordón umbilical, tracción controlada del cordón con palpación uterina e inspección de la placenta y canal de parto.

III

Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos
SOGC Clinical Practice Guidelines, 2009

R

Todas las mujeres que han tenido cesáreas previas deben de tener valoración ultrasonográfica para determinar el sitio de la placenta. Cuando esté disponible la resonancia magnética puede ser una herramienta útil y ayudar a determinar si la placenta está accreta o percreta.

R

Las mujeres con placenta accreta o percreta están en alto riesgo de presentar hemorragia postparto. Si el diagnóstico de placenta accreta o percreta se hace antes del nacimiento entonces se debe de consultar a un equipo multidisciplinario para planear el parto. Debe de estar presentes un obstetra y un anesitólogo y tener disponible sangre fresca, plasma congelado y plaquetas confirmadas en el momento y el lugar del parto para así facilitar la presencia y el acceso a cuidados

E

La definición tradicional de placenta retenida incluye cuando la expulsión de la placenta no ocurre en los 30 a 45 minutos y es un requisito para intervenir con maniobras para asistir el alumbramiento. Un estudio publicado en el 2006 concluye que el riesgo de hemorragia obstétrica se incrementa si la placenta no se expulsa en 10 minutos pero aun faltan más estudios para determinar si el riesgo de hemorragia obstétrica se puede reducir interviniendo en este periodo.

R

No existe evidencia de que en un parto sin complicaciones y sin sangrado el realizar intervenciones para acelerar el alumbramiento antes de los 30 a 45 minutos pueda reducir el riesgo de hemorragia postparto.

C

Estudios calificados como 2+ directamente aplicables a toda la población y que demuestran la coherencia global los resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificado como 2++
RCOG 2009

B

Estudios calificados como 2++ directamente aplicables a toda la población y que demuestran la coherencia global los resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificado como 1++o 1+
RCOG 2009

II-2

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte (prospectivos o retrospectivos) o estudios de casos y controles preferentemente demás de un centro o un grupo
SOGC2009

C

Las pruebas existentes son contradictorios y no permiten hacer una recomendación a favor o en contra del uso en la clínica de la acción preventiva, sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones
SOGC 2009

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA**4.1.3 MEDIDAS FARMACOLÓGICAS****Evidencia / Recomendación****Nivel / Grado****R**

El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto disminuye la pérdida sanguínea y reduce el riesgo de hemorragia postparto primaria.

A
Buena evidencia para recomendar como acción preventiva
RCOG 2009

R

La aplicación de oxitocina de manera profiláctica debe de usarse de forma rutinaria en el manejo del tercer periodo del trabajo de parto en todas las mujeres ya que reduce el riesgo de hemorragia postparto hasta en un 60%

A
Buena evidencia para recomendar como acción preventiva
RCOG 2009

R

Se recomienda administrar oxitocina 10 UI intramuscular en pacientes de bajo riesgo posterior al nacimiento del hombro anterior

A
Buena evidencia para recomendar como acción preventiva
SOGC 2009

R

Se recomienda administrar oxitocina 20 a 40 unidades diluidas en 1000 ml a pasar 125ml por hora. Pasar un máximo de 40mUI minuto.

b
Existe evidencia para recomendar como acción preventiva
SOGC 2009

R

Un bolo de oxitocina de 5 a 10 UI puede ser utilizado para la prevención después de parto vaginal pero no se recomienda en la cesárea electiva.

2b
Existe evidencia para recomendar como acción preventiva pero en estudios no aleatorizados
SOGC 2009

R

La ergonovina puede ser usada para la prevención de la hemorragia postparto pero debe ser considerada como de segunda elección por el mayor riesgo de efectos adversos en la madre y de la necesidad de extracción manual de placenta retenida

1a
Existe buena evidencia para recomendar como acción preventiva de un estudio aleatorizado
SOGC 2009

E

Para la prevención de la hemorragia postparto es mas efectivo el uso de sintometrina (5 UI de Oxitocina mas 0.5 mg ergonovina) que la administración de 5 UI de oxitocina, pero está asociado con más efectos adversos. Al compararse con la administración de 10 UI de oxitocina la ventaja de la sintometrina fue mínima.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
McDonald S, 2001

E

La sintometrina se asoció a aumento de la presión arterial, náusea y vómitos.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
McDonald S, 2001

R

No se recomienda usar ergonovina o sintometrina en pacientes con hipertensión.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
McDonald S, 2001

R

Se recomienda administrar una ampolleta ergonovina de 0.2 mg IM ó IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior para prevenir la hemorragia postparto

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Prendiville WJ,2008

E

No existe suficiente evidencia que muestre que la adición de misoprostol en el tratamiento de hemorragia postparto primaria es superior que la combinación de oxitocina y ergometrina

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Mousa HA,2008

R

En caso de no disponer de oxitocina o ergonovina, se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg. (3 tabletas).

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Mousa HA,2008

R

El misoprostol oral o sublingual en una dosis de 600 mcg muestra resultados prometedores en comparación con el placebo para reducir la pérdida de sangre después del parto. El margen de beneficio puede verse afectado por el uso o no de los componentes del manejo del alumbramiento. Los efectos secundarios se relacionan con la dosis, pero se desconoce la vía óptima de administración y la dosis mínima efectiva para el uso sistemático.

Ni las prostaglandinas intramusculares ni el misoprostol son preferibles a los uterotónicos inyectables convencionales como parte del manejo del alumbramiento, en especial para las mujeres de bajo riesgo.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Gülmezoglu AM, 2007

E

No existe suficiente evidencia de que 100 microgramos de "carbetocina" por vía intravenosa sea tan efectiva como la oxitocina en la prevención de la hemorragia postparto. En comparación con la oxitocina, la carbetocina fue asociada con la necesidad de reducción de agentes uterotónicos adicionales y masaje uterino. Existe limitada evidencia comparativa acerca de efectos adversos.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Su LL 2007

R

La carbetocina es un medicamento útil en el tratamiento de la hemorragia postparto pero no ha mostrado ser superior al uso de la oxitocina, sus ventajas radican en ser administración de una sola dosis y que su efecto se mantiene por varias horas, pero no se recomienda su uso sistemático.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Su LL 2007

R

Carbetocina 100mg administrado en bolo IV en el primer minuto, puede ser usado en lugar de la infusión continua de oxitocina en cesáreas electivas para la prevención de la hemorragia postparto y para disminuir la necesidad de usar uterotónicos

B

Hay suficiente evidencia para recomendar la acción como medida de prevención clínica
SOGC 2009

R

Para mujeres en trabajo de parto con un factor de riesgo para hemorragia obstétrica la carbetocina 100mg intramuscular disminuye la necesidad de masaje uterino para prevenir la hemorragia cuando la comparamos con la infusión de oxitocina

B

Hay suficiente evidencia para recomendar la acción como medida de prevención clínica
SOGC 2009

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Evidencia / Recomendación

R

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. Se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina y ruptura uterina

Nivel / Grado

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Mousa HA, ;2008

R

En la mayoría de los casos, la hemorragia postparto se debe a la atonía uterina, al iniciar el tratamiento farmacológico, realice una exploración rigurosa del canal de parto para excluir las laceraciones del tracto genital inferior y la inversión uterina.

III

Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos
SOGC Clinical Practice Guidelines, 2000

R

Para la estimación de la pérdida sanguínea los clínicos deben de usar marcadores clínicos (signos y síntomas) así como la evaluación visual de la pérdida sanguínea.

B

Hay suficiente evidencia para recomendar la acción en las medidas de prevención clínica
SOGC 2009

R

El manejo cuando la hemorragia obstétrica está en curso requiere ser multidisciplinario que incluye mantener la estabilidad hemodinámica mientras se identifica de manera simultánea y se trata la causa de la pérdida sanguínea.

C

Las pruebas existentes son contradictorios y no permiten hacer una recomendación a favor o en contra del uso en la clínica de la acción preventiva, sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones
SOGC 2009

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.2 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación

R

1. Solicitar hemograma y estudio básico de la coagulación tan pronto como sea posible con el fin de brindar al paciente la terapia sustitutiva adecuada. (Sangre entera 1 ml por cada ml perdido, paquete globular medio ml por cada ml perdido).
2. Solicitar niveles de lactato sérico y el estado ácido base como marcadores de la extensión de la hemorragia y de la severidad del shock.

Nivel / Grado

1 B

ECA's con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes
Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología.. 2007

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.1 TRATAMIENTO OPORTUNO Y ADECUADO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



R

1. Monitorear en forma continua los signos vitales utilizar de primera instancia monitoreo I: electrocardiograma, frecuencia cardíaca, la presión arterial, temperatura, saturación parcial de oxígeno.
2. Canalizar dos vías venosas punzocat calibre 16 preferente. Hemodiluir, para expandir plasma y mantener gasto cardíaco a razón cristaloides 3ml por cada ml de sangre, continuar con coloides: 1 ml por cada ml de sangre, en caso de usar hidroxihetilalmidón (volumen) 30 ml por Kg de peso ideal en 24 hrs.
3. Oxígeno por puntas nasales a razón cuatro litros por minuto. Colocación de sonda Foley.
4. La saturación de O₂ mantenerla por arriba de 90% y el gasto urinario debe de estar de 1 a 1.5 ml por kilogramo de peso ideal hora , (30-60 ml /hora) ; la presión arterial media mantenerla por arriba de 60mmHg. (diastólica mas diastólica mas sistólica entre 3); indica función renal aceptable.
5. Inicio de aminas vasoactivas, efedrina bolos 5 mg en caso de hipotensión mantenida, o dopamina si no se resuelve con efedrina para protección renal, cardíaca y cerebral. En caso de bradicardia frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto aplicar media ampula atropina (500mcg).
6. Monitoreo invasivo tipo II de se posible: colocación catéter subclavio para mejor control líquidos.

1 B

ECA's con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes
Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R

El mantenimiento de la normotermia es un medio importante para preservar la función hemostática y reducir la pérdida de sangre, la hipotermia si se relaciona con PH bajos induce trastornos en la función plaquetaria con la consiguiente alteración de la hemodinamia y aumento de consumo de oxígeno.

1 C

Estudios observacionales o serie de casos
Asociación
*Argentina de hemoterapia
eimmunohematología 2007*

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La técnica de taponamiento brinda hasta dos horas para poder estabilizar a la paciente antes del tratamiento quirúrgico definitivo.

III

Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos
SOGC 2000

R

Realice un taponamiento, utilizando compresas gasas estériles y colocarlas manualmente en la cavidad uterina, de manera uniforme y suave sin provocar desgarros o perforaciones. El tiempo de remoción de las gasas es de 24 a 36 horas; se deben administrar antibióticos de forma profiláctica

III

Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos
SOGC 2000

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Se requieren ensayos controlados aleatorios grandes multicéntricos y doble ciego para identificar las mejores combinaciones de fármacos, las vías de administración y las dosis de uterotónicos para el tratamiento de la hemorragia postparto (HPP) primaria. Se requiere trabajo adicional para evaluar el mejor tratamiento para las mujeres que no responden al tratamiento con uterotónicos.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Mousa HA, 2008

R

Se recomienda el uso de uterotónicos intramusculares o intravenosos como tratamiento de primera línea para la hemorragia postparto primaria, usando oxitocina sola o en combinación con ergonovina.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Mousa HA, 2008

E

No existen pruebas suficientes que indiquen que el agregado de misoprostol es superior a la combinación de oxitocina y ergometrina sola para el tratamiento de la hemorragia post parto primaria.

1cA

Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
Mousa HA, 2008

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO**4.3.4 TRATAMIENTO CON COLOIDES CRISTALOIDES Y CRIOPRECIPITADOS****Nivel/Grado****Evidencia/Recomendación****R**

Iniciar expansión con cristaloides como primera elección hasta lograr reestablecer una presión arterial media aceptable mínima 60mmHg (diastólica mas diastólica mas sistólica entre tres).

1 B
ECAs con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes

Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R

Considerar la transfusión de concentrado eritrocitario en hemorragia aguda:

1. Tener de inmediato en cuenta datos de choque hipovolémico: hipotensión PAM menor 60mmHg,, taquicardia FC mayor 130 Lpm , diaforesis palidez de tegumentos, polipnea FR mayor 30 minuto, cianosis distal y peribucal, nos indica pérdida de sangre del 30% o más del volumen sanguíneo circulante y riesgo de daño inmediato a órganos blanco, falla orgánica múltiple.
2. Tener en cuenta El volumen sanguíneo circulante(VSC) es un parámetro que nos indica la reposición de sangre (constante en mujeres 65 por kg peso ideal = VSC)
3. Mantener una Hb > 7g/dL si la paciente no tiene antecedentes (cardiovasculares) mantiene la afinidad de hg y O2
4. Cuando la pérdida estimada es igual al 40% de la volemia. Las pérdidas superiores a 40% ponen de inmediato riesgo la vida del paciente.

Considerar amins vasoáctivas para protección a órganos blancos en caso de choque persistente. (efedrina, atropina, dopamina).

1 C
Estudios observacionales o serie de casos
Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R

Considerar la transfusión de concentrado eritrocitario en una paciente con signos y síntomas de anemia y un nivel de Hb \leq a 7 g/dL.

1 B

ECAs con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes

Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R

Considerar la transfusión de plasma fresco congelado en hemorragia aguda cuando:

1. Los resultados de las prueba de TP y TPPA sean menores 1.5 veces del normal y el nivel de fibrinógeno sea menor a 1.0 g/L para prevenir la falla hemostática como consecuencia de la hipofibrinogenemia en el paciente con pérdida aguda de sangre.

En situaciones de riesgo significativo de alteración de la hemostasia (existencia previa de coagulopatía o insuficiencia hepática).

Considerar la transfusión de crioprecipitado en hemorragia aguda cuando:

1. En una etapa inicial, como primera línea de fuente de fibrinógeno (manejo de la hipofibrinogenemia dilucional: $< 1\text{g/L}$).
2. Luego de la administración de PFC (si la hipofibrinogenemia es persistente).

Cuando el nivel de fibrinógeno es desproporcionadamente bajo en relación con los otros factores (como ocurre en la fibrinólisis).

Considerar la transfusión de concentrado eritrocitario plasma fresco congelado o crio precipitados en hemorragia aguda cuando:

Debido a una pérdida rápida (superior a 100 mL/min) de la volemia y si hubiera sido reemplazada por cristaloides, coloides o concentrado eritrocitario y/o cuando no hay suficiente tiempo para obtener los resultados de las pruebas de laboratorio mencionadas.

1 B

ECAs con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes

Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R**1 B**

ECAs con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes

Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R**1 B**

ECAs con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes

Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R

Considerar la transfusión de concentrado de plaquetas en hemorragia aguda cuando:

Exista la coagulopatía clínica asociada a la disminución del recuento de plaquetas o la causada por la disfunción de las mismas.

1 B

ECA's con importantes limitaciones metodológicas o excepcionalmente evidencia proveniente de estudios observacionales con resultados contundentes

Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

R

Pacientes que no acepten transfusiones de componentes sanguíneos deberán contar con tratamiento pre-labor y en su caso puede aplicarse el procedimiento de hemodilución normovolémica.

1 C

Estudios observacionales o serie de casos
Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. 2007

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

R

Al decidir el tratamiento quirúrgico se debe de colocar taponamiento previo a su traslado quirófano.

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados
SOGC 2000

E

Al no ceder la hemorragia, la ligadura de vasos uterinos es el primer paso a seguir, ya que es simple y rápida, ésta tiene ventajas sobre la ligadura de la arteria iliaca interna, ya que la disección es más fácil y mayor oclusión distal arterial con menor potencial de sangrado

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados
SOGC 2000

R

La ligadura de vasos uterinos es efectiva para controlar la hemorragia postparto

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados
SOGC 2000

E

La ligadura interna de la arteria iliaca ofrece una alternativa próxima para el sangrado, sin embargo, existen riesgos de producir daño a las venas iliacas, lo que puede incrementar los problemas de sangrado. Este procedimiento debe ser realizado por cirujanos con experiencia de cirugía en el espacio retro peritoneal

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados *SOGC Clinical Practice Guidelines, 2000*

R

La ligadura interna iliaca es una opción para el tratamiento de la hemorragia, sin embargo, no es adecuado debido a los efectos colaterales que puede presentar.

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados *SOGC Clinical Practice Guidelines, 2000*

E

La histerectomía en situación de hemorragia masiva es útil por su capacidad para eliminar el sangrado, además de que el obstetra está familiarizado con el procedimiento, su desventaja radica en la pérdida del útero. Este procedimiento solo está reservado para casos muy graves de hemorragia.

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados *SOGC Clinical Practice Guidelines, 2000*

R

La histerectomía es una técnica que salva vidas en casos graves de hemorragia, debe ser empleada para controlar el sangrado tan rápido como sea posible.

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados *SOGC Clinical Practice Guidelines, 2000*

R

El sangrado difuso de la histerectomía debe ser controlado por un empaquetamiento abdominal, a fin de normalizar la hemodinamia. Los vasos específicos con hemorragia persistente se controlaran con procedimientos de embolización.

II-3

Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados *SOGC Clinical Practice Guidelines, 2000*

5. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologist: *Diagnosis and Treatment of postpartum Hemorrhage 1990*; Technical Bulletin No 143.
2. American College of Obstetricians and Gynecologist: *Risk Factors, Causes and management of Postpartum Hemorrhage 1998*; Educational Bulletin No 243.
3. Asociación Argentina de hemoterapia e inmunohematología. *Guías nacionales para el uso apropiado de la sangre y sus componentes*. Rev Argentina de Transfusión Vol XXXIII. 2007.
4. Cruz, José Ramiro. *Reduction of maternal mortality: The need for voluntary blood donors*. Technology and Health Services Delivery Area, Pan American Health Organization, NW, Washington DC, USA International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2007, en línea.
5. Ekeroma A J Ansari A, Stirrat G: *Blood transfusion in obstetrics and Gynaecology*. Reviews. Br J Obstet Gynaecol 1997;104 . 278-284.
6. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. *Grading Strength of Recommendations and Quality of Evidence in Clinical Guidelines*. Report From an American College of Chest Physicians Task Force. CHEST 2006; 129:174–181
7. Lira P J, y cols: *Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia de seis años en el Instituto Nacional de Perinatología*. Ginec Obstet Mex 1995;63:478-482.
8. Scottish intercollegiate guidelines network. *Perioperative blood transfusion for elective surgery*. Scottish, 2001.
9. Secretaria de Salud. *Guía para el uso clínico de la sangre*. México, 2007.
10. Secretaria de Salud. *Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico*. México, 2002.
11. RCOG *Prevention and management of postpartum haemorrhage 2009*.
12. SOGC *Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage*. 2000.
13. SOGC *Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage*. 2009.
14. Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG. *Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.*).
15. Mousa HA, Cording V, Alfirevic Z. *Risk factors and interventions associated with major primary postpartum hemorrhage unresponsive to first-line conventional therapy*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87:652-61.
16. Su, LL, Chong, YS, Samuel, M. *Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage*. Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD005457.

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz
Dr. Esteban Hernández San Román
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez
Dr. Héctor González Jácome
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa
Lic. Ana María Otero Prieto
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos
Ing. David Felipe Mares Silva
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán
Lic. Alejandra Thomè Martínez

Directora General
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Investigación documental
Comunicación y logística
Diseño gráfico
Revisión editorial
Revisión editorial
Revisión editorial

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar
Horcasitas

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios

para los Trabajadores del

Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche
Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles
González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco
Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Titular de la Comisión

Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y

Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Julio Everardo Sotelo Morales

Dirección General de La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Manuel de la Llata Romero

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Director General

Dr. Gerardo Ortega Martínez

Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación

Dr. Jorge Delgado Flores

Dirección Médica

Dr. José Francisco Sánchez
Velazco

Dirección de Operaciones

Dra. Ma de Gracia Roque Díaz de León

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A Maria Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico