



Unidad de calidad y
Seguridad del paciente



RESOLUCIÓN EXENTA N° 2042 /
SANTIAGO, 07 MAY 2018

VISTOS:


Las facultades concedidas por los artículos 35 y 36 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; El Decreto de Salud N°38, de 2005, Reglamento Orgánico de los establecimientos de Salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red, en su artículo 23; el Decreto de Salud N° 3, de 2006, que modifica el decreto N° 38, de 2005 citado; El Decreto Supremo N° 15, de 2007, Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, del Ministerio de Salud; La Resolución N° 036 de 2017, de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur, sobre cargo de Director del Hospital Barros Luco Trudeau; la Resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón;






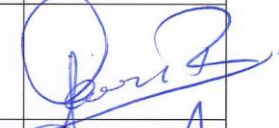


CONSIDERANDO: Que el Hospital Barros Luco Trudeau, ha visto la necesidad de sistematizar los procesos internos y aquellos asociados con las atenciones de salud, con la finalidad de estandarizar y propender a la mejor atención de nuestros usuarios; Que en ese sentido se elabora el documento denominado, “Protocolo de Manejo de crisis hipertensiva en el embarazo y puerperio inmediato ” Versión 1, cuya vigencia se extiende por 5 años desde Abril de 2018 hasta Abril de 2023; dicto lo siguiente:


RESUELVO:

1.- **APRUÉBASE**, el documento denominado “Protocolo de Manejo de crisis hipertensiva en el embarazo y puerperio inmediato ”; Código SCGO_ 09, Versión 1, cuyo texto es del siguiente tenor:

Protocolo de Manejo de crisis hipertensiva en el embarazo y puerperio inmediato


 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	2 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

	Nombre	Cargo	Firma
Realizado por:	Javiera Rettig Díaz	Médico Programa Formación Obstetricia- Ginecología	
	Gustavo Caro Díaz	Médico UMMF	
Revisado por :	Eduardo Cuéllar Jaramillo	Médico Jefe UMMF	
	Alejandro Barra Tapia	Médico Jefe SCGO (S)	
	Ernesto Perucca Páez	SDM Atención Cerrada	
	Jessica Zamora Rubio	Jefe UCSP	
Aprobado por:	Gisella Castiglione Veloso	Directora	 

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	3 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
• Importancia:	4
• Definición:	4
• Criterios de severidad	4
OBJETIVO:	5
ALCANCE:	5
RESPONSABLES:	5
DESARROLLO	5
MANEJO CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO	5
REFERENCIAS	13

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	4 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

INTRODUCCIÓN

- **Importancia:**

Las crisis hipertensivas son una complicación de los Síndromas Hipertensivos del Embarazo, y éstas pueden ocurrir tanto antes del trabajo de parto, durante o después del parto y requieren de un manejo inmediato para disminuir la morbimortalidad materna y fetal.

- **Definición:**

Crisis hipertensiva en el embarazo, se define como la presión sistólica mayor o igual a 160 y/o la presión diastólica mayor o igual a 110, que persiste por más de 15 minutos (1).

- **Criterios de severidad**


En el manejo de la hipertensión se postulan los siguientes criterios de severidad (2):

- Presión Arterial ≥ 160 y/o 110 en dos ocasiones separadas por 4 horas con paciente en reposo.
- Trombocitopenia (<100.000)
- Alteración función hepática: elevación transaminasas (2 veces su valor normal) , epigastralgia persistente.
- Daño renal agudo progresivo: Creatinina > 1.1 mg/dl
- Edema pulmonar.
- Alteraciones cerebrales o visuales.

La presencia de solo uno de estos criterios cataloga a la Hipertensión Gestacional o la Preclampsia, como severa.

Frente al diagnóstico de severidad, se debe iniciar sulfato de magnesio como neuroprotección materna, ya que se ha demostrado que reduce en un 16% el riesgo de muerte o morbilidad materna a los 2-3 años.

Por otro lado, la evidencia avala que la interrupción, en estos casos severos, debe ser a las 34 semanas, porque a esta edad gestacional ha demostrado disminuir las complicaciones neonatales, sin aumentar la morbimortalidad materna.

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	5 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

OBJETIVO:

Proporcionar una guía y esquema de manejo actualizado, basado en la evidencia, para unificar el diagnóstico y tratamiento de pacientes con crisis hipertensiva del embarazo en la Unidad de Prepartos y manejo de la crisis hipertensiva en el puerperio inmediato en la Unidad de Recuperación.

ALCANCE:

Toda usuaria con crisis hipertensiva durante el embarazo y puerperio inmediato del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Barros Luco Trudeau.

RESPONSABLES:

- Médicos y matronas de la Unidad de Urgencia, Prepartos y Recuperación del Hospital Barros Luco Trudeau, responsables de aplicar el presente protocolo, y sus respectivas Jefaturas de supervisar su cumplimiento.

DESARROLLO


MANEJO CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO

La paciente con crisis hipertensiva que se encuentra embarazada, debe ser manejada en la Unidad de Paciente Embarazada Crítica (UPEC). En caso de tener una crisis hipertensiva durante el período post parto, se debe manejar en la Unidad de Recuperación.

Lo primero es confirmar la crisis hipertensiva con la presión arterial ≥ 160 y/o 110 , en dos tomas separadas por 15 minutos, con el uso de un mango de compresión adecuado para el IMC de la paciente.

Confirmada la crisis, iniciar tratamiento lo antes posible para disminuir el riesgo de accidente cerebro vascular, entre otras complicaciones.

- **1º línea:** Labetalol.
El Nifedipino también puede ser considerado, cuando la vía endovenosa no está disponible.

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	6 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

Ambos, Labetalol (e.v.) vs Nifedipino (v.o.), no presentan diferencias en el control de la crisis, tiempo de acción y fracaso a dosis máximas.

- **2º línea:** Nicardipino- Esmolol en bombas de infusión, sin embargo estos medicamentos son de uso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Se debe mantener monitorizada con control de signos vitales cada una hora, medir diuresis y registro cardio-fetal continuo.

Neuroprotección con Sulfato de Magnesio

Inicio de sulfato de magnesio como neuroprotección para la madre, en caso de Hipertensión Gestacional Severa o Preclampsia Severa y en caso de embarazo menor de 32 semanas para neuroprotección fetal, por riesgo de parto inminente. (Cuadro 2)

Por otro lado, la puérpera reciente con crisis hipertensiva, también debe ser manejada con sulfato de magnesio por 24 horas, como mínimo, con una carga de 5 gramos y mantención de 2 gramos/ hora.


El inicio de sulfato de magnesio en la paciente hipertensa crónica, debe ser evaluado en el contexto de Preclampsia Sobreagregada.

Maduración pulmonar fetal


Frente a una crisis hipertensiva y con embarazo entre 23+0 a 34+6 semanas, se debe iniciar curso de corticoides.

Primera línea: LABETALOL

1. Confirmar crisis hipertensiva (PA \geq 160 y/o 110 en dos tomas separadas por 15 min).
2. Iniciar tratamiento precozmente, en los primeros 30 minutos
3. Evaluación de la Unidad Feto Placentaria mediante registro cardio-fetal continuo
4. Preparar Labetalol (Cuadro 1).
5. Administrar Labetalol 20mg , e.v. (20 cc)
6. Repetir toma de presión arterial a los 20 minutos
7. Si la presión persiste en rango de crisis administrar Labetalol 40 mg, e.v. (40 cc)

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	7 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

8. Repetir toma de presión arterial a los 20 minutos
9. Si la presión persiste en rango de crisis administrar Labetalol 80 mg, e.v. (80 cc)
10. Repetir toma de presión arterial a los 10 minutos
11. Si la presión persiste en rango de crisis administrar Labetalol 80 mg, e.v. (80 cc)
12. Repetir toma de presión arterial a los 20 minutos
13. Si la presión persiste en rango de crisis administrar Nifedipino 20 mg, v.o. y evaluar presión arterial en 30 min.
14. Interconsulta de emergencia al anestesista de turno, un subespecialista en Medicina Materno-Fetal e internista de UCI para discutir la segunda línea de manejo y su eventual traslado a UCI.
15. Una vez controlada la crisis hipertensiva, evaluar presión arterial cada 20 min durante 1 hora, luego cada 30 minutos durante 1 hora y luego horaria por 4 horas.
16. Este esquema se puede repetir, si presentara una nueva crisis hipertensiva, sin sobrepasar la dosis de 300 mg en 3 hrs.

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	8 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

Preparación y administración de Labetalol

El Labetalol bloquea los receptores alfa-adrenérgicos arteriales periféricos y bloqueo concurrente de receptores β -adrenérgicos, disminuyendo así la presión arterial. Se distribuye por todo el cuerpo, atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche. Es capaz de atravesar, parcialmente, la barrera hematoencefálica.

Cuadro 1:

Presentación: ampolla de 100mg en 20 cc.

Efectos máximos: 5-15 minutos y se mantienen durante 2 a 4 horas.


Vida media: 2.5 a 8 horas.

Contraindicaciones: Bloqueo A-V de 2^o o 3^{er} grado, shock cardiogénico y otros estados asociados a hipotensión prolongada y grave o bradicardia grave, asma o historia de obstrucción de vías respiratorias, hipersensibilidad a Labetalol; control de episodios hipertensivos tras IAM, con vasoconstricción periférica.

Preparación: La ampolla de Labetalol de 100 mg (20cc) se debe diluir en 80 cc de suero fisiológico para tener una concentración total de 100 mg en 100 cc, por lo que serán 1 mg por cc.


Administración: según la dosis indicada se debe administrar vía endovenosa a pasar en 2-5 minutos.

Dosis máxima: 300 mg (en 3 horas)
2.400 mg (dosis máxima al día).

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	9 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

Primera línea: NIFEDIPINO

1. Confirmar crisis hipertensiva (PA \geq 160 y / o 110 en dos tomas separadas por 15 min).
2. Iniciar tratamiento en los primeros 30-60 minutos
3. Evaluación de la UFP mediante registro continuo
4. Administrar Nifedipino 10 mg (v.o.)
5. Repetir toma de presión arterial a los 30 minutos
6. Si la presión persiste en rango de crisis administrar Nifedipino 20 mg (v.o.)
7. Repetir toma de presión arterial a los 30 minutos
8. Si la presión persiste en rango de crisis administrar Nifedipino 20 mg (v.o.)
9. Repetir toma de presión arterial a los 30 minutos
10. Si la presión persiste en rango de crisis administrar Labetalol 40 mg e.v., el cual se debe pasar en bolo (2 minutos).
11. Interconsulta de emergencia al anestesista de turno, un subespecialista en Medicina Materno-Fetal o internista de UCI para discutir la segunda línea de manejo y su eventual traslado a UCI.
12. Una vez controlada la crisis hipertensiva, evaluar presión arterial cada 20 min durante 1 hora, luego cada 30 minutos durante 1 hora y luego horaria por 4 horas.
13. Este esquema se puede repetir, si presentara una nueva crisis hipertensiva. (Dosis máxima diaria: 60 mg).

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	10 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

Preparación y administración de Sulfato de magnesio:

El sulfato de magnesio disminuye la excitabilidad neuronal y la transmisión neuromuscular.

Cuadro 2:

Presentación: Sulfato de Magnesio al 25% en 5 ml (1.25 mg)

Valor terapéutico: 6 – 8 mEq/L el cual no es necesario medirlo si tenemos una adecuada evaluación clínica: evaluar ROT y Frec. Respiratoria (Normal: > 15 por minuto).


Preparación: Dosis de carga (5 gr): 4 ampollas (5 gr) de sulfato de magnesio en 250 ml de suero glucosado al 5%, a pasar en 20 min.

- Dosis de mantención (2 gr/hr) : 8 ampollas (10 gr) en 500 ml de suero glucosado al 5%, a pasar en 100 ml/hr

Intoxicación: Gluconato Ca 1g (e.v.), en 3 minutos.

En la paciente embarazada, una vez controlada la primera crisis hipertensiva, se sugiere iniciar, inmediatamente, Hidralazina (50 mg) cada 6 -8 hrs. (v.o.), para evitar nuevas crisis. Su mantención quedará supeditada a la evolución de su cuadro hipertensivo.


Con la paciente puérpera, iniciar Nifedipino Retard 20 mg cada 12 hrs, vía oral, o Enalapril (10 mg) cada 12 hrs, vía oral.

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	11 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

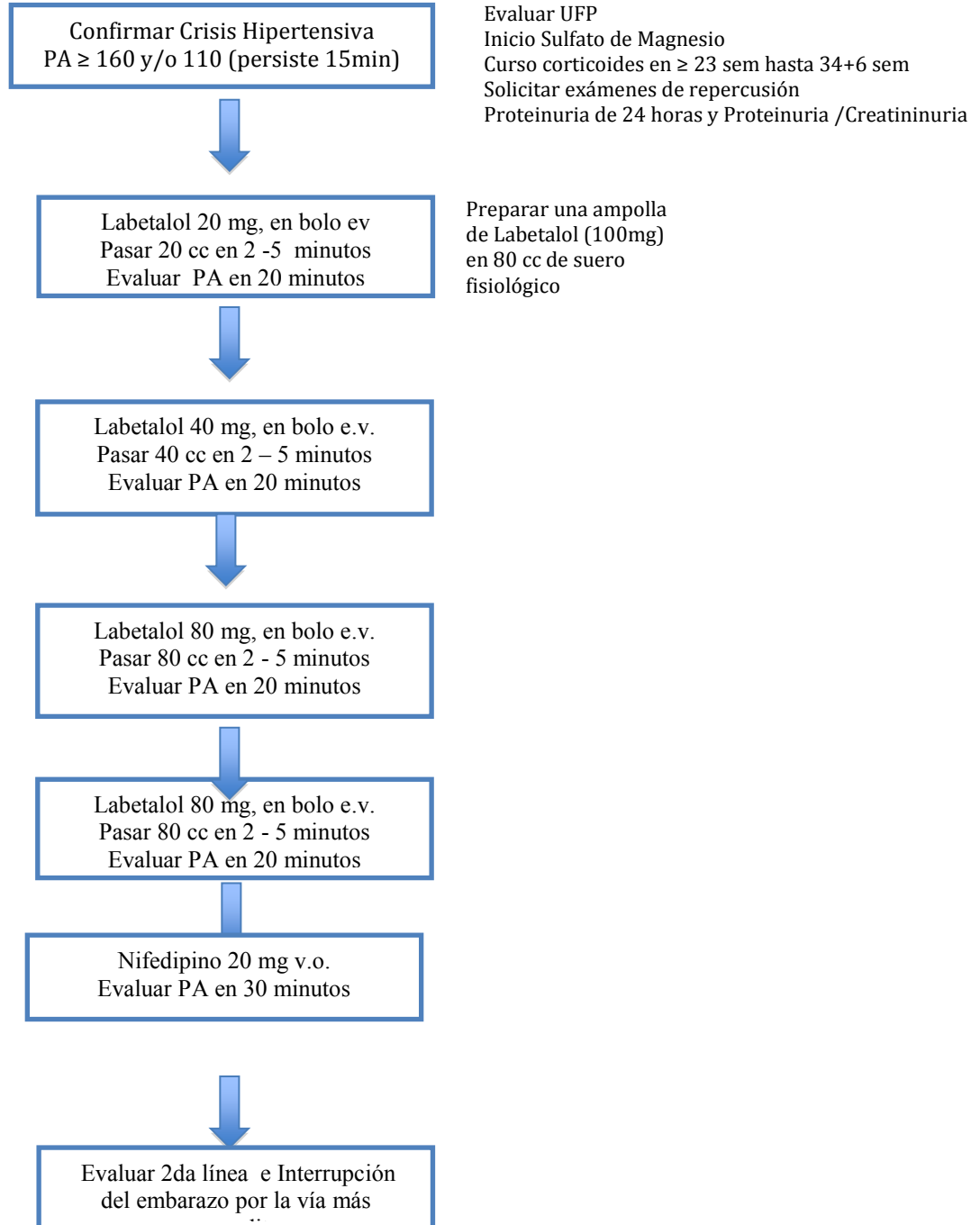
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Se recomienda interrupción del embarazo con:

- Hipertensión Gestacional severa o Preeclampsia severa: sobre 34 – 35 semanas
- Frente a crisis hipertensivas sin respuesta a tratamiento (refractaria)
- Crisis hipertensivas recurrentes (al menos 3 episodios), y de acuerdo a edad gestacional.
- Evidencia de repercusión sistémica de severidad.

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	12 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

MANEJO CRISIS HIPERTENSIVA UNIDAD DE PREPARTOS Y RECUPERACIÓN




 Hospital Barros Luco Trudeau	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	13 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal


TABLA HORARIOS MANEJO CRISIS HIPERTENSIVA DE PRE PARTO

Una vez controlada la crisis hipertensiva, evaluar presión arterial cada 20 min durante 1 hora, luego cada 30 minutos durante 1 hora y luego horaria por 4 horas.

HORA	CONTROL C/	PRESION ARTERIAL	MEDICAMENTO	DOSIS	MATRONA
	20 min		LABETALOL	20 MG ev	
	20 min		LABETALOL	40 MG ev	
	20 min		LABETALOL	80 MG ev	
	20 min		LABETALOL	80 MG ev	
	30 min		NIFEDIPINO	20 MG vo	

REFERENCIAS

1. Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion ACOG Number 692. April 2017.
2. HYPERTENSION IN PREGNANCY. ACOG 2013
3. R. Ortiz. Hipertensión/ preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. REV CHIL OBSTET GINECOL 2017; 82(2)
4. Vademécum
5. Sibai BM, et al. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 818 – 822.
6. Belghiti J, et al. Am J Obstet Gynecol 2011; 205(5): 465.e1 – 465.e6.
7. Clínic de Barcelona.

 <p>Hospital Barros Luco Trudeau</p>	CODIGO:SCGO_ 09		Vigencia: 5 años Fecha de Aprobación: Abril 2018 Fecha término de Vigencia Abril 2023
	PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO		
	Versión : 1	14 de 14	Servicio Clínico Ginecología Obstetricia SCGO/ Unidad de Medicina Materno Fetal

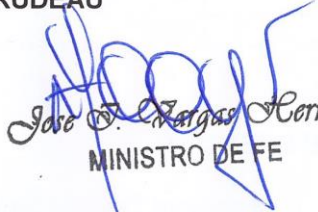
2.- DÉJESE ESTABLECIDO, que cualquier modificación al documento, deberá efectuarse mediante la respectiva Resolución

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE


DRA GISELLA CASTIGLIONE VELOSO
DIRECTORA
HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Distribución:

- Dirección
- Subdirección Médica de Atención Cerrada
- Servicio Clínico de Ginecología y Obstetricia
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Unidad de Auditoría
- Oficina de Parte


José O. Vargas Herrera
MINISTRO DE FE