



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria Estelí

Monografía para optar al título de Medicina y Cirugía General

“Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018”

Autores:

Bra. Silvia Yaoska Aguilar Salinas

Bra. Gissell Junieth Blandón González

Br. José Geovanny Castillo Maradiaga

Tutor

Dr. Douglas Alberto Montenegro

Máster en Epidemiología

Docente-Investigador

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN-Managua

Managua, Noviembre 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos podido llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y privilegio de ser sus hijos, siendo ustedes los mejores padres.

Y a nuestros tutores de este trabajo investigativo que nos han brindado todo su apoyo y gracias a ellos se nos hizo menos dificultoso este trabajo y de igual manera a todas las personas que nos han apoyado a lo largo de la carrera, en especial aquellos que siempre nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Silvia Yaoska Aguilar Salinas
Gissell Junieth Blandón González
José Geovanny Castillo Maradiaga

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de nuestra carrera, de igual manera agradecemos enormemente a nuestros tutores de nuestro trabajo investigativo, quien han guiado con su paciencia y su rectitud como docentes.

Silvia Yaoska Aguilar Salinas
Gissell Junieth Blandón González
José Geovanny Castillo Maradiaga

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio, titulado: “**Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018**”, elaborado por las bachilleres Silvia Yaoska Aguilar Salinas, Gissell Junieth Blandón González y José Geovanny Castillo Maradiaga permite evaluar y sistematizar el abordaje de atención y aplicación de normativas y/o protocolos de actuación ante uno de los mayores riesgo de mortalidad materna como es la hemorragia posparto.

Actualmente en Latinoamérica, la hemorragia posparto, constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica con un 27%, seguido de la enfermedad hipertensiva 14% en el embarazo.

El Protocolo para el manejo de hemorragia posparto al igual que otros protocolos permite la evaluación y por ende el mejoramiento continuo de la calidad para la atención, por lo que, la realización de este tipo de estudio es de vital importancia y pertinencia para el aprendizaje de los profesionales de la salud así como para la actualización de datos estadísticos que permiten brindar un acercamiento al manejo adecuado o no de dichas pacientes.

Aprovecho para felicitar a los colegas, por el logro alcanzado con la culminación de dicha investigación y los insto a seguir fortaleciendo el espíritu investigativo y el desarrollo de habilidades científicas para el mejoramiento de la atención principalmente para los más vulnerables.

Dr. Douglas Alberto Montenegro
Máster en Epidemiología
Docente-Investigador
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-Managua

RESUMEN

“Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018”

La Hemorragia Postparto en Nicaragua es la primera causa de mortalidad y morbilidad materna severa y en Latinoamérica, constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%. El presente trabajo pretende Determinar el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios departamento de Estelí, durante enero 2016 - diciembre 2018. Para ello se evaluaron 64 expedientes de pacientes. Concluyendo que las mayorías de las mujeres tenían entre 21-25 años, de procedencia urbano, escolaridad secundaria, estado civil unión libre, ocupación ama de casa y de religión católica. En los antecedentes Ginecoobstétricos se encontró que la mayoría tenían un embarazo anterior, no habían tenido ningún parto, de igual manera ningún aborto y ninguna cesárea. Iniciaron su vida sexual entre las edades de 15-20 años y la mayoría tenía una pareja sexual. En cuanto a las causas inmediatas de Hemorragia Posparto se encontró en mayor frecuencia la atonía uterina, seguido de los desgarros de cuello, vagina y periné. Se cumplió en un alto porcentaje el protocolo para el manejo de Hemorragia posparto en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico del Hospital regional San Juan de Dios del departamento de Estelí.

Palabras claves: Hemorragia, Posparto, Estelí, Puerperio

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
OPINION DEL TUTOR	iii
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V. OBJETIVOS	6
VI. MARCO TEÓRICO	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	30
VIII. RESULTADOS	37
IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	39
X. CONCLUSIONES	42
XI. RECOMENDACIONES	43
XII. BIBLIOGRAFÍA	44
XIII. ANEXOS	46

I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto se define como la “pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea durante las primeras 24 horas, descenso en un 10% del hematocrito respecto a los niveles antes del parto o la cesárea. Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática o que resulta en signos de hipovolemia.” (Ministerio de Salud, abril 2013)

Las causas de Hemorragia postparto se resumen en lo que comúnmente se conoce como las 4 T, significando; tono, trauma, tejido y trombina. También se puede clasificar específicamente según el periodo del puerperio en el que aparece, puede ser inmediata cuando aparece en las primeras 24 horas posparto, tardía si se produce entre las 24 horas y los diez días posteriores al parto, hemorragia del puerperio alejado entre los 10 y 45 días posteriores al nacimiento y en el puerperio tardío que va desde los 45 hasta los 60 días.

Hemorragia Postparto, patología que “en Nicaragua es la primera causa de mortalidad y morbilidad materna severa” y en Latinoamérica, constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%.

En la actualidad son múltiples los factores de riesgo que predisponen a la mujer a desarrollar hemorragia posparto, entre ellos ruptura prematura de membranas prolongada, Multiparidad, placenta previa, parto precipitado, mal posición fetal, parto obstruido, coagulopatía. Sin embargo es importante aclarar que independientemente de los factores de riesgo toda mujer está expuesta a presentar hemorragia del alumbramiento y posparto (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

Este estudio pretende Determinar el nivel cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018.

II. ANTECEDENTES

Howard Amador (2017), Boaco, realizó un estudio con el objetivo de Determinar el cumplimiento del protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowsky, Boaco, en el Periodo de enero 2016 a enero 2017. estudio es descriptivo, retrospectivo y de corte transversal Entre los resultados el grupo etario más frecuente fue de 20 a 35 años, 62% de las pacientes procedían del área rural, 80% amas de casa, como grupo étnico predominante el mestizo 98%, el 6% tenían estudios superiores y 76% se encontraban en unión de hecho, el 65% presentaron factores de riesgo para HPP, reportándose manifestaciones clínicas en el 100% de los casos, además no se cumplió la indicación de los 9 exámenes protocolados, en el 100% de los casos, ya que no se indicaron y en algunos casos ni se interpretaron, el MATEP se cumplió en el 86% de pacientes, en cuanto al cumplimiento del manejo según causa el 70% lo cumplió y el 65% cumplió con los criterios de alta, concluyeron que hay un porcentaje significativo de pacientes con Hemorragia postparto, en las cuales no se cumple adecuadamente el manejo según protocolo, lo cual podría dar lugar a complicaciones que desencadenarían muertes maternas (Howard, 2017).

Fátima Torres Luna (2016) Jinotepe, realizó una investigación con el objetivo de describir el cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe durante el periodo julio a diciembre 2016. El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, con una muestra constituida por 39 pacientes encontrándose los siguientes resultados la mayoría de las pacientes tenían edades entre 20-35 años, de procedencia rural, escolaridad secundaria incompleta, ocupación ama de casa, estado civil acompañadas. Los antecedentes Ginecoobstétricos de las pacientes se encontró la mitad de las pacientes eran primigesta. Además, se habían realizado cuatro o más controles prenatales. En cuanto a la vía de finalización del parto fue con mayor frecuencia vía cesárea. El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por atonía uterina se cumplió en casi la totalidad de las pacientes. El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por desgarros se cumplió en la totalidad de las pacientes. El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por retención placentaria se cumplió en la totalidad de las pacientes. El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por inversión uterina se cumplió en el 100% de las pacientes (Fátima, 2016).

Madeling Manzanares y Ezequiel Muñoz (2015), Managua, realizaron un estudio con el objetivo Identificar las principales causas de hemorragia post parto en el puerperio inmediato en pacientes con nacimientos vaginales a término en el período de enero a octubre 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque estudio descriptivo, de corte transversal con una muestra de 157 pacientes Los resultados más importantes fueron: la edad más registrada es de 20 – 35 años, con nivel de escolaridad secundaria, comerciantes en su mayoría, y de procedencia rural. Los antecedentes Ginecoobstétricos eran Multigesta, multíparas, las cuales cumplieron CPN en número de 4– 6 en un 62% predominantemente, con un periodo intergenésico en un 52% de 18 meses a 10 años, las semanas de gestación de 37– 41, con adecuado peso gestacional al nacer, se observó la correcta aplicación del MATEP sin embargo el masaje uterino fue realizado por la paciente y/o familiar acompañante en su mayoría. Las principales causas de hemorragia post parto en orden de frecuencia fueron la hipo y/o atonía uterina, laceraciones cervicovaginales grado I, retención de restos placentarios, y realización de episiotomía. (Madeling & Ezequiel, 2015).

Sobalvarro y Sevilla (2014) Boaco, realizaron una investigación con el objetivo de determinar el nivel Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowsky, Boaco, en el período de junio 2013 a junio 2014. Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal Entre los resultados, el grupo etario más frecuente fue de 20 a 35 años, el 57% de las pacientes procedían del área urbana, 80% eran amas de casa, de grupo étnico mestizo en un 98%, el 6% tenían estudios superiores y el 60% se encontraban en unión de hecho, se buscaron factores de riesgo en el 100% de las pacientes, identificándose en el 52%, reportándose manifestaciones clínicas en el 100%, no se cumplió la indicación de los 9 exámenes protocolados, no se analizaron ni interpretaron en el 100% de casos, el MATEP se cumplió en el 86% de pacientes, en cuanto al cumplimiento del manejo según causa, el 70% lo cumplió y el 60% cumplió con los criterios de alta. Los resultados del estudio, demuestran que aún hay un porcentaje significativo de pacientes con hemorragia postparto, en las cuales no se cumple adecuadamente el manejo según protocolo (Brenda & María, 2014).

III. JUSTIFICACIÓN

Originalidad: Desde el enfoque en la salud de la mujer, la hemorragia post parto es un problema reconocido a nivel mundial. Basado en la búsqueda de estudios anteriores en relación a dicha problemática es de interés la evaluación del personal de salud en relación al cumplimiento de protocolo en aras de prevenir muertes maternas o complicaciones es por ello que se realiza dicha investigación.

Conveniencia institucional: Es importante destacar la pertinencia de esta problemática a nivel institucional ya que tanto la Organización Mundial de la Salud como el Ministerio de Salud de Nicaragua han promovido el fortalecimiento de capacidades y la homogenización del manejo de hemorragia mediante protocolos de actuación, es por ello que se debe realizar seguimiento en el cumplimiento fiel con el objetivo de evitar complicaciones maternas.

Relevancia Social: Dicho estudio permitirá ampliar y profundizar el cumplimiento del protocolo del manejo de hemorragia post parto ya que en países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto constituye por sí sola la principal causa de morbimortalidad materna, se afirma que complica cerca del 10.5% de los nacimientos a nivel mundial cada año, la mayor incidencia y mortalidad se presenta principalmente durante las primeras 24 horas posparto, periodo denominado como puerperio inmediato (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015), este estudio permitirá proponer Lineamientos Estratégicos que contribuyan al fortalecimiento de una atención de calidad.

Valor Teórico: El aporte científico de este estudio permitirá obtener estadísticas propias del Hospital Regional San Juan de Dios, departamento de Estelí en relación al cumplimiento de protocolo del manejo de hemorragia posparto en personal que atiende en dicho hospital y por consiguiente brindar recomendaciones para mejorar la salud pública de nuestro país.

Relevancia Metodológica: Actualmente no se han realizado investigaciones de evaluación externa en el Hospital Regional San Juan de Dios en relación a dicha temática, lo que permitirá obtener un enfoque más integral y objetivo sobre el cumplimiento de protocolo 109 del MINSA, contribuyendo de esta manera a mejorar el nivel y calidad de vida de la población y de los servicios de salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización: Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 11 % de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año.

Delimitación: Actualmente en Latinoamérica, la hemorragia postparto, constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica con un 27%, seguido de la enfermedad hipertensiva 14% en el embarazo. Las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

Formulación: Es necesario un estricto cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia postparto por lo cual se elabora la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018?**

De igual manera se sistematiza de la siguiente manera:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes a estudio?
- ¿Cómo son los datos Ginecoobstétricos de los pacientes a estudio?
- ¿Cuál es la causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio?
- ¿Cómo es el cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a estudio.
2. Indagar los datos Ginecoobstétricos de los pacientes a estudio.
3. Identificar la causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio.
4. Establecer el nivel cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

Generalidades

La Hemorragia postparto se define como:

- Pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal.
- Pérdida sanguínea mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea.
- Caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea.
- Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

Las patologías asociadas a la hemorragia postparto guardan relación directa con los trastornos de la contractilidad uterina, restos de tejido, lesiones uterinas y del canal del parto provocado por el nacimiento o procedimientos quirúrgicos y lo secundario a iatrogenia. Entre las principales causas podemos señalar la hipotonía, atonía uterina, retención placentaria, rotura uterina, desgarros cervicales, vaginales, perineales y la inversión uterina.

El tratamiento con oxitocina y el masaje uterino externo son las primeras acciones orientadas para el control de la hemorragia postparto. Si el manejo falla el personal médico debe estar preparado para realizar un procedimiento quirúrgico de inmediato si se considera necesario y ser capaces de realizar masaje uterino externo, extracción manual de placenta, sutura del canal de parto, práctica del legrado uterino, ligadura de la arteria uterina y útero-ovárica, histerectomía total o subtotal abdominal, sobre todo en los casos de atonía, rotura uterina, placenta acreta o presencia de miomas uterinos.

Existen elementos esenciales en el manejo de hemorragia postparto para el manejo, tales como: identificar el origen del sangrado ya que a través de este se previenen las complicaciones que podría presentar la paciente, estabilizar a la paciente en caso que presente alteraciones hemodinámicas a fin de prevenir o tratar el shock, controlar el sangrado del canal de parto si este es el origen; estimular las contracciones uterinas y la remoción de la placenta o retos placentarios (Ministerio de Salud, Abril 2013).

Clasificación

- Hemorragia post parto inmediata: Es la que se produce en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
- Hemorragia post parto tardía (o del puerperio propiamente dicho): Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.
- Hemorragia del puerperio alejado: Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
- Hemorragia del puerperio tardío: Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días.

Etiología y factores de riesgo

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en 4 T:

- **TONO** (atonía).
- **TRAUMA** (desgarros y laceraciones).
- **TEJIDO** (retención de restos).
- **TROMBINA** (alteraciones de la coagulación).

Múltiples factores se relacionan a que se presente hemorragia, las cuales se relacionan con su etiología:

➤ Para que se presente alteraciones del tono uterino:

- ✓ Polihidramnios.
- ✓ Malformaciones fetales.
- ✓ Hidrocefalia.
- ✓ Parto prolongado o precipitado.
- ✓ Multiparidad.
- ✓ RPM prolongada.
- ✓ Fiebre.
- ✓ Miomas uterinos.
- ✓ Placenta previa.

➤ **Trauma en músculo uterino:**

- ✓ Parto instrumentado.
- ✓ Parto precipitado.
- ✓ Episiotomía.
- ✓ Malposición fetal.
- ✓ Manipulación intrauterina fetal.
- ✓ Presentación en plano de Hodge avanzado.
- ✓ Cirugía uterina previa.
- ✓ Parto Obstruido.
- ✓ Placenta fúndica.
- ✓ Tracción excesiva del cordón.
- ✓ Paridad elevada.

➤ **Tejido:**

- ✓ Cirugía uterina previa.
- ✓ Anomalías placentarias (placenta succenturiata, cotiledón accesorio).

➤ **Alteraciones de la coagulación:**

- ✓ Hemofilia.
- ✓ Hipofibrinogenemia.
- ✓ Antecedentes familiares de coagulopatías.
- ✓ Púrpura Trombocitopénica Idiopática.
- ✓ Síndrome de HELLP.
- ✓ CID: preeclampsia, muerte intrauterina, infección.
- ✓ DPPNI.
- ✓ Embolia líquido amniótico.

Diagnóstico

- Manifestaciones Clínicas de la Hemorragia Post Parto

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia post parto inmediata Útero blando y no retraído	Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	(70%) Causa: Anomalía de la Contractilidad
Hemorragia post parto inmediata	Placenta íntegra Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné	(20%) Causa: Traumática
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal Dolor intenso	Inversión uterina visible en la vulva Hemorragia post parto inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta	Ruptura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo	Útero contraído	Retención de placenta	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	Hemorragia postparto inmediata Útero contraído	Retención de restos placentarios	
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia	Retención de restos placentarios	
Sangrado no cede a medidas anteriores Sangrado en sitios de punción No formación de coágulos sanguíneos	Prueba de coagulación junto a la cama (ver anexo final No. 2) Fibrinógeno <100 mg/dl Plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados	Alteraciones de la coagulación.	

Auxiliares diagnósticos:

➤ **Pruebas de laboratorio**

- Biometría hemática completa.
- Tipo y RH.
- Tiempo de sangría.
- Tiempo de coagulación.
- Tiempo parcial de tromboplastina.
- Tiempo de protrombina.
- Recuento de plaquetas.
- Glucemia.
- Urea.
- Creatinina.
- Fibrinógeno.
- Prueba de coagulación junto a la cama

Tratamiento, manejo y procedimientos:

Primer nivel de atención:

1. Durante la Atención Prenatal.

- ✓ Identificar el riesgo durante la atención prenatal de hemorragia post parto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.
- ✓ Garantizar consejería a la embarazada y/o familiares/acompañantes para identificar señales de peligro y hacer énfasis en las acciones establecidas por el Plan de Parto.
- ✓ Uso de antianémicos profilácticos y el tratamiento de la anemia en el embarazo:
Ingesta de 60 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo.
Ingesta de 120 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo si la hemoglobina es menor de 11 mg/dl.
Albendazol 400 mg dosis única a las 26 y 38 semanas de gestación.
- ✓ Garantizar durante la atención prenatal la aplicación de toxoide tetánica.

Durante el Parto:

Prevención de la hemorragia post parto.

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud del primer o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien la hemorragia post parto deben recibir atención que incluya **manejo activo del tercer período del parto (MATEP)** ya que ayuda a prevenir la hemorragia postparto. En el manejo activo se incluyen:

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de ergometrina IM (si no está disponible la oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción. La oxitocina intramuscular produce contractilidad uterina a los 2 o 3 minutos después de aplicada la inyección, persistiendo el efecto por 2 a horas (Normativa 109, abril 2013)

2. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).

3. Tensión controlada del cordón umbilical.

- Palpe el fondo uterino para investigar contracciones uterinas, vigile el sangrado transvaginal.
- Tensione con una mano de manera controlada y firme el cordón umbilical pinzado en el momento de la contracción uterina, evaluando continuamente el grado de adherencia de la placenta a la pared uterina.
- Con la otra mano explore el abdomen y ejerza contracción del cuerpo uterino y determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si este no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.
- Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).

- Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).
- Si a los quince minutos de aplicada la oxitocina IM no se ha desprendido ni expulsado la placenta considerar una retención de placenta.
- Una vez expulsada la placenta, ayude al nacimiento de las membranas, permitiendo que el peso de la placenta por gravedad efectúe tracción sobre las membranas o realice rotación de la placenta sobre las membranas que permitan su desprendimiento y expulsión. (Maniobra de Dublín).

4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas, con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de pinard.

Durante la hemorragia post-parto

Primer Nivel de Atención

- ✓ Pedir ayuda para dar una atención de equipo.
- ✓ Canalizar 2 vías con bránula No. 14 ó 16.
- ✓ Colocar Sonda Foley, (una vejiga llena puede ser por sí sola causa de una atonía uterina).
- ✓ Administrar líquidos IV a base de cristaloides (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer) 1000 a 2000 ml a goteo rápido para reponer la volemia perdida.
- ✓ Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución, según normativa 068.
- ✓ identificar las causas de la hemorragia post-parto.

Segundo Nivel de Atención

- ✓ Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:
- ✓ Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.
- ✓ Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).
- ✓ Posición de Trendelenburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).

- ✓ Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.
- ✓ Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada. (Normativa 082. “norma de medicina transfusional”, diciembre 2011)
- ✓ Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusión de
- ✓ Paquete Globular, hay que transfundir 4 Unidades de plasma fresco congelado
- ✓ (PFC).
- ✓ En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal. Realizar pruebas de BHC completa, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
- ✓ Por cada 6 Uds. de paquete globular transfundir 4 unidades de Plasma fresco congelado cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).
- ✓ Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada10 kg de peso corporal.
- ✓ Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada10 kg de peso corporal. Además, realizar pruebas de Coombs.
- ✓ Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
- ✓ Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica más la sistólica entre 3.
- ✓ Antibioticoterapia en todos los casos de Hemorragia Post Parto: Ceftriazone 1 gr IV cada12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre es:

- ✓ mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl.
- ✓ Plaquetas mayores de 75,000.
- ✓ TP y TPT menor de 1.5 del control.
- ✓ Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.

Manejo según causa

1. Atonía Uterina

- ✓ Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 mili unidades por minuto). Si el sangrado continuo administrar **Ergonovina** a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. (Ver Anexo No. 2). Si aún el sangrado continuo agregar **Misoprostol** en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única. (FLASOG 2013)
- ✓ Masaje uterino continuo.
- ✓ Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
- ✓ Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero

Compresión Bimanual del Útero

Preparación del personal

- ✓ Deben intervenir un mínimo de dos personas, por lo menos una de ellas capacitada en la técnica.
- ✓ El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones.
- ✓ Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales se encuentren disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico.
- ✓ Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- ✓ Use una bata con mangas largas.
- ✓ Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

Procedimiento inicial

- ✓ Observe si hay signos de shock.
- ✓ Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
- ✓ Coloque una vía segura y pasar Solución Salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).
- ✓ Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.

- ✓ Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- ✓ Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del Útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- ✓ Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.
- ✓ Si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia. (Morales Antonio L y Col Manejo exitoso de la Hemorragia Postparto 2006).

Compresión de la aorta abdominal

- ✓ Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal.
- ✓ El punto a comprimir queda por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
- ✓ Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato.
- ✓ Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.
- ✓ Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada.
- ✓ Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada.
- ✓ Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado.
- ✓ Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas.

Procedimientos Quirúrgicos en la Hemorragia Post Parto (atonía uterina)

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventajas de la técnica	Comentarios
Ligadura de las arterias uterinas uni o bilateral	Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida	Poco realizada	Eficacia: 35% (unilateral) 75% (bilateral)
Ligadura de ligamento Utero-ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	Poco realizada Más difícil de realizar Requiere mayor tiempo Mayor riesgo de complicaciones (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter)	Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la arteria ilíaca
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las

			paredes anteriores y posteriores del útero
Histerectomía subtotal	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales
Histerectomía total	Muy conocida	No conserva la fertilidad Más difícil que la anterior	Puede ser la mejor opción para los casos de Acretismo placentario o desgarros altos del cérvix

2. Desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical

Reparación de los Desgarros del Cuello Uterino

- Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en shock) utilizando una
- ✓ Bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible). Administre líquidos IV (solución Salina Normal o Lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
 - ✓ Si la mujer está en shock, evite utilizar sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano) No hay evidencia que sean superiores a los cristaloides y en dosis elevada pueden ser dañinos.
 - ✓ Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino.

- ✓ Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos. Realice el procedimiento bajo anestesia o sedación.
 - ✓ Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
 - ✓ Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de ojo. Aplique las pinzas en ambos lados del desgarro y hale suavemente en diversas direcciones con objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Puede haber varios desgarros.
 - ✓ Cierre los desgarros del cuello uterino con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarro), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado.
 - ✓ Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
 - ✓ Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre.
- Luego:
- Después de 4 horas, abra las pinzas parcialmente pero no las retire.
 - Después de 4 horas más, retire por completo la pinza.
- ✓ Para reparar un desgarro del cuello uterino que ha penetrado más allá de la bóveda o cúpula vaginal puede ser necesario realizar una laparotomía.

Reparación de los desgarros vaginales y perineales

- ✓ Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:
- ✓ Los desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo.
- ✓ Los desgarros de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes.
- ✓ Los desgarros de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal.
- ✓ Los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal.

Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles a las de catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alergénicas y su baja

probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no es lo ideal.

Reparación de los desgarros de primero y segundo grado

La mayoría desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.

- ✓ Brinde apoyo emocional y aliento. Use infiltración local con lidocaína. Si fuera necesario, use bloqueo pudendo.
- ✓ Pida aun asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- ✓ Inspeccione para asegurarse de que no exista ningún desgarro de tercer o cuarto grado.
 - Coloque un dedo enguantado en el ano.
 - Levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter.
 - Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter.
- ✓ Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- ✓ Si el esfínter no está lesionado, proceda con la reparación.
- ✓ Aplique una solución antiséptica al área alrededor del desgarro.
- ✓ Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de lidocaína para la reparación, agregue adrenalina a la solución.
- ✓ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.
- ✓ Aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína. Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.
- ✓ Comience la reparación cerca de 1 cm. por encima del ápice (parte superior) del desgarro vaginal.
- ✓ Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal.
- ✓ En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal.
- ✓ Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través del desgarro perineal y anude.

- ✓ Repare los músculos perineales utilizando suturas con puntos separados 2-0. Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
- ✓ Repare la piel utilizando puntos separados 2-0, comenzando en la abertura vaginal.

Reparación De Los Desgarros Perineales De Tercero Y Cuarto Grado

- ✓ Si un desgarro del esfínter anal no se repara correctamente, la mujer puede sufrir pérdida de control de las evacuaciones y gases intestinales. Si no se repara un desgarro en el recto, la mujer puede sufrir una infección y una fístula recto-vaginal.
- ✓ Brinde apoyo emocional y aliento. Use bloqueo pudendo, raquianestesia. Excepcionalmente, si se pueden visualizar todos los bordes del desgarro, la reparación puede hacerse usando infiltración local con lidocaína.
- ✓ Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- ✓ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.
- ✓ Repare el recto utilizando suturas separadas 3-0 ó 4-0 con una separación de 0.5 cm. entre ellas para Juntar la mucosa.
- ✓ Cubra la capa muscular juntando la capa de la aponeurosis con suturas interrumpidas.
- ✓ Aplique una solución antiséptica al área con frecuencia.
- ✓ Repare el esfínter con dos o tres puntos separados con catgut 0 o Vicryl 0.
- ✓ Aplique nuevamente una solución antiséptica al área.
- ✓ Examine el ano con un dedo enguantado para asegurar que la reparación del recto y del esfínter sea correcta. Luego cámbiense los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- ✓ Repare la mucosa vaginal, los músculos perineales y la piel.

Complicaciones

- ✓ Si se observa un hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida.
- ✓ Si hay signos de infección, abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y desbride la herida:

- ✓ Si la infección es leve, no se requiere antibióticos.
- ✓ Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos:
Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días. Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.
- ✓ Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fasciitis necrotizante), administre una combinación de antibióticos hasta que el tejido necrótico se haya extraído y la mujer esté sin fiebre por 48 horas:
Penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas. Más gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario). Más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- ✓ Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:
Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días. Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.

3. Ruptura Uterina

- ✓ Realice laparotomía exploradora.
- ✓ Suturar el útero de ser bien identificable los bordes.
- ✓ Si no son identificables los bordes realice histerectomía.

4. Inversión Uterina

Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación o anestesia general y/o regional el cual es un relajante de la musculatura uterina, con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción del útero poniéndose rígido y aumentando el volumen de sangre. (Maniobra de Johnson).

- ✓ No administre oxitócicos antes de corregir la inversión.
- ✓ Si el sangrado continúa, evalúe el estado de la coagulación.
- ✓ Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión:
Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV, Cefazolina 1 gr IV Metronidazol 500 mg IV.

- ✓ Si hay signos de infección administre antibióticos igual que una metritis. (Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas + Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario)+ Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas).
- ✓ Si se sospecha necrosis, realice histerectomía vaginal. Para ello puede ser necesario referir a la paciente a una unidad de mayor resolución.
- ✓ Lávese las manos, pongase guantes antes de entrar en contacto con la piel, mucosas,
- ✓ sangre u otros fluidos, use barreras protectoras si prevé salpicaduras y derrames de cualquier fluido orgánico.
- ✓ Administre analgésico y Diazepam IV lentamente. Si fuera necesario utilice anestesia general.
- ✓ Realice limpieza cuidadosa del útero con solución antiséptica.
- ✓ Aplique compresión al útero invertido con un campo estéril y caliente, hasta que esté preparado para realizar el procedimiento.

Corrección Manual (maniobra de Johnson)

- ✓ Bajo asepsia y antisepsia, primero retire la placenta y membranas.
- ✓ Provisto de guantes estériles, introduzca la mano dentro de la vagina sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal, colocando la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero. Otra forma es con el puño cerrado, empujar la parte invertida del útero a través del cuello a fin de volverlo a su posición normal
- ✓ Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.
- ✓ Si la corrección hidrostática no da resultado, intente volver el útero a su posición manualmente bajo sedación o anestesia general y/o regional con el propósito de lograr la relajación del útero.
- ✓ Sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal.
- ✓ Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.
- ✓ Si a pesar de las medidas anteriores no se logra el resultado esperado, puede ser necesaria la corrección Abdomino vaginal bajo anestesia general.

Corrección Abdomino vaginal bajo anestesia general

- ✓ Abra el abdomen, realizando una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis realice una incisión vertical de 2-3 cm.
- ✓ Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- ✓ Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos.
- ✓ Realice apertura del peritoneo cerca del ombligo. Prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
- ✓ Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.
- ✓ Realice las siguientes maniobra :
 - Huntington: tracción exagerada de los ligamentos redondos.
 - Ocejo: incisión anterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.
 - Haultain: incisión posterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.
- ✓ Si la corrección da resultado, cierre el abdomen, asegurándose de que no haya sangrado, cierre la aponeurosis con sutura continua utilizando catgut crómico o Vicryl.
- ✓ Cierre la piel posteriormente con suturas de Nylon 3/0 y coloque un apósito estéril.
- ✓ Una vez corregida la inversión, infunda Oxitocina 20 unidades en 500 ml de Solución Salina al 0.9% IV a 10 gotas por minuto.
- ✓ Si se sospecha hemorragia, aumente la velocidad de la infusión a 60 gotas por minuto.
- ✓ Si el útero no se contrae después de la infusión, administre Ergometrina 0.2 mg. IV.
- ✓ Administre una dosis de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión.
 - Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV. O
 - Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.
- ✓ Garantice la vigilancia postoperatoria si utilizó la corrección combinada abdomino-vaginal.
- ✓ Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos, hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.
 - Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas.
 - Gentamicina 5 mg/ k de peso IV cada 24 horas (160 mg IV diario).

5. Retención Parcial De Placenta (Alumbramiento Incompleto):

Extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms o espéculo, una pinza de Foresters, en caso necesario practique un legrado instrumental con cureta de Wallich, de Hunter o Pinard.

6. Retención De Placenta

(No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo):

- ✓ Administre oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.
- ✓ Estime la cantidad de sangre perdida.
- ✓ Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión de la placenta.
- ✓ Practique tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- ✓ Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).
- ✓ Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado las maniobras anteriores llevar a la paciente a sala de operaciones y realizar la extracción manual de placenta con personal capacitado.
- ✓ Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un
- ✓ acretismo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

Extracción Manual de la Placenta

La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional de salud realiza para tratar la retención de la placenta y la hemorragia postparto causada por esta y evitar una muerte materna.

Indicaciones

- ✓ Retención de la placenta por más 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento.

Contraindicaciones

- ✓ Acretismo placentario.
- ✓ Falta de capacitación del personal de salud para realizar el procedimiento.
- ✓ Falta de condiciones físicas y de insumos para realizar el procedimiento.

Complicaciones

- ✓ Cuando no se ha identificado apropiadamente el acretismo y se procede a realizar la extracción placentaria se produce una hemorragia masiva que puede llevar al shock y a la muerte.
- ✓ Inversión uterina

Condiciones Para El Procedimiento

- ✓ Consentimiento informado, debido a que en ocasiones el procedimiento no se realiza en condiciones de analgesia profunda, la mujer puede percibir dolor y molestia, por lo cual es importante explicarle cómo se realizará el procedimiento y especialmente, cuáles van a ser dichas molestias.
- ✓ Los familiares deben estar informados de la complicación que ocurre y si es posible firmar un consentimiento escrito a nombre de la paciente.

Elementos Claves Para Extracción Manual De Placenta Retenida

- ✓ Canalizar con bránula número 14 o 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámica- mente.
- ✓ Administrar oxitocina.
- ✓ Tome muestra de sangre (Hematocrito y Hemoglobina) y prepare para hacer pruebas cruzadas y transfundir sangre total si es necesario.
- ✓ Brinde apoyo emocional y aliento.
- ✓ Si tiene condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no hacer sedación con 10 mg de diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar IV lento.
- ✓ Administre una dosis única de antibióticos profilácticos. Ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV, o Cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV, Si hay signos de infección, administre antibióticos. Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso IV cada 24 horas (160mg IV diario). Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

- ✓ Si existe fiebre 72 horas después de dar inicio a los antibióticos reevalúe a la paciente y revise el diagnóstico.

Procedimiento

- ✓ Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- ✓ Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina.
- ✓ Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina.
- ✓ Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- ✓ Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente
- ✓ unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- ✓ Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- ✓ Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.
- ✓ Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con
- ✓ ella la placenta.
- ✓ Con la otra mano, continúe aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.
- ✓ Palpe el interior de la cavidad uterina para asegurarse de que ha extraído todo el tejido placentario.
- ✓ Administre oxitocina 20 unidades en 1 litro de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a razón de 60 gotas por minuto.
- ✓ Pida a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.
- ✓ Si hay sangrado profuso continuo, administre ergometrina 0.2 mg IM.

- ✓ Examine la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que está íntegra. Si falta algún lóbulo o tejido placentario, explore la cavidad uterina
- ✓ para extraerlo.
- ✓ Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina o repare la episiotomía.

Problemas

- ✓ Si la placenta queda retenida a causa de un anillo de constricción o si han transcurrido horas o días desde el parto, puede que no sea posible hacer entrar toda la mano en el útero.

Atención Después Del Procedimiento

- ✓ Observe a la mujer estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV.
- ✓ Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.
- ✓ Palpe el fondo del útero para asegurarse de continua contraído.
- ✓ Verifique para detectar si hay una cantidad excesiva de loquios.
- ✓ Continúe la infusión de líquidos IV con oxitocina por 6 horas más.
- ✓ Transfunda según la necesidad.
- ✓ Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina.
- ✓ Indique sulfato ferroso.
- ✓ La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr iv cada 12 horas más metronidazol 500mg iv cada 8 horas o Clindamicina 900 mg iv cada 8 horas.
- ✓ Brindar consejería a la paciente sobre el uso de método anticonceptivo.

Trastornos de la coagulación

- ✓ Tratar la enfermedad subyacente si la hay.

- ✓ Uso de crioprecipitados una unidad por cada 10kg de peso corporal como medida ideal sino se cuenta con este iniciar transfusión de plasma fresco congelado una unidad por cada 10 kg de peso corporal lo incrementa el fibrinógeno en 10mg/dl por cada unidad
- ✓ Mantener el recuento plaquetario mayor a 50000
- ✓ Mantener el hematocrito en 30%
- ✓ Realizar interconsulta con medicina interna

Complicaciones

- ✓ Anemia
- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ Endometritis
- ✓ Sepsis
- ✓ Infertilidad

Definición de roles por nivel de atención

- **Criterios de traslado**

- ✓ Carencia de recursos humanos calificados
- ✓ Carencia de equipos e insumos médicos para la atención
- ✓ Carencia de unidad de cuidados intensivos
- ✓ Complicaciones que no pueden ser tratadas con los insumos médicos y recursos humanos del área de salud donde se está usando

- **Criterios de alta**

- Ausencia de sangrado anormal
- Hematocrito en límites aceptables posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%
- Signos vitales en límites normales
- No hay signos de infección
- Herida quirúrgica sin complicaciones
- Al recuperar su estado de salud será contrareferida a la unidad de salud de su procedencia
- Consejería y oferta de método de planificación familiar

- Consejería sobre lactancia materna
- Dieta adecuada a su requerimiento
- Retiro de punto y continuidad al tratamiento
- Administrar Dt si el esquema está completo o no se conoce
- Administre sulfato ferroso, ácido fólico o vitamina B12

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Regional Escuela San Juan de Dios ubicado en Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018.

Tipo de estudio:

Estudio Observacional, Cuantitativo, Descriptivo, Retrospectivo, y de Corte transversal. (Hernández , Fernández y Batista, 2014).

Universo:

Lo conformaron 64 pacientes que fueron ingresadas a sala de puerperio patológico por una de las causas de Hemorragia postparto del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios ubicado en Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018.

Muestra:

Igual al Universo conformado por las 64 pacientes que fueron ingresadas a sala de puerperio patológico por una de las causas de Hemorragia postparto durante el periodo en estudio.

Tipo de muestreo:

No probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Toda paciente que fue ingresada a sala de puerperio patológico del Hospital San Juan de Dios y presento hemorragia posparto durante el periodo en estudio.
- Expedientes clínicos completos.

Criterios de exclusión:

- Todas las pacientes que fueron ingresadas en puerperio fisiológico que no tuvieron complicación por hemorragia postparto.
- Expedientes clínicos incompletos

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se procedió en un inicio, a buscar información pertinente del tema para ver la importancia del mismo, siempre dentro de las líneas de investigación de la Facultad y de la Universidad, posteriormente, se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios. Se explicó el objetivo del estudio y el procedimiento de la investigación, posteriormente, se procedió a llenar la matriz protocolaria del Ministerio de salud de Nicaragua en base a Hemorragia posparto mediante la revisión los expedientes clínicos de las pacientes en estudio.

Obtención de la información

La fuente de información fue secundaria, a través de la revisión de expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión para Hemorragia posparto.

El instrumento que se utilizó para este estudio fue una ficha de recolección de la información, que contenía una serie de preguntas. Dicho instrumento fue elaborado según los objetivos del estudio, para ello consta de los siguientes acápite:

1. Características sociodemográficas de las pacientes a estudio.
2. Datos Ginecoobstétricos de los pacientes a estudio.
3. Causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio.
4. Nivel cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio.

El mecanismo para la recolección de la información fue mediante el llenado del instrumento anteriormente descrito, se solicitó autorización a las autoridades del Hospital, se les explicó el objetivo del mismo y el procedimiento del estudio. Se les explicó la finalidad de la investigación, enfatizando que dicho estudio solo fue de uso académico y científico, garantizando total confidencialidad de la identidad de cada uno de los expedientes clínicos.

Una vez aceptado el permiso de las autoridades del Hospital San Juan de Dios, se procedió a evaluar cada uno de los acápite antes mencionados del instrumento.

Lista de variables.

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a estudio.

- Edad.
- Procedencia
- Escolaridad.
- Estado civil
- Ocupación
- Religión.

2. Indagar los datos Ginecoobstétricos de los pacientes a estudio

- Gestación.
- Paridad.
- Aborto.
- Cesárea.
- Inicio de Vida Sexual activa
- Número de Controles Prenatales

3. Identificar la causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio

- Causa de Hemorragia postparto

4. Establecer el nivel cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio.

- Nivel de cumplimiento.

Operacionalización de las variables.

Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta su ingreso hospitalario.	Años.	<ol style="list-style-type: none">1. 15 – 20 años.2. 21-25 años.3. 25-30 años.4. 31-35 años5. Mayor de 35 años.
Procedencia	Lugar de origen, propia del individuo.	Lugar.	<ol style="list-style-type: none">1. Urbano.2. Rural.
Escolaridad	Grado de desarrollo académico del individuo.	Grado alcanzado.	<ol style="list-style-type: none">1. Analfabeta.2. Alfabeto.3. Primaria.4. Secundaria.5. Universitario.
Estado civil	Situación de la persona, determinada por sus relaciones de familia que establece ciertos derechos y deberes.	Situación legal y estable.	<ol style="list-style-type: none">1. Soltera.2. Casada.3. acompañada.4. divorciada.
Ocupación	Profesión u empleo.	Perfil.	<ol style="list-style-type: none">1. Ama de casa.2. Comerciante.3. Oficinista.
Religión	Actividad humana sobre creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Creencias.	<ol style="list-style-type: none">1. Católica.2. Evangélica.3. Otras.

Objetivo 2. Indagar los datos Ginecoobstétricos de los pacientes a estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Gestación	Número de embarazos con los que ha cursado la mujer.	Cantidad de gestas.	1. Primigesta. 2. Multigesta. 3. Gran Multigesta.
Paridad	Número de partos vía vaginal o cesárea que ha tenido la mujer.	Paras.	1. Primípara. 2. Multípara. 3. Gran multípara.
Aborto	terminación del embarazo por expulsión o extracción del feto muerto antes de las 20 SG con un peso menor a 500 gr	Numero	1. Ninguno. 2. 1. 3. 2. 4. Más de 2.
Cesárea	Finalización del embarazo por intervención quirúrgica. Parto que no finaliza por acción propia.	Número.	1. Ninguna. 2. 1. 3. 2. 4. Más de 2.
Inicio de vida Sexual activa	Edad que empezó la paciente a tener relaciones sexuales	Años	1. Menor de 15 años 2. 15-20 años 3. 21-25 años 4. Mayor de 25 años
Controles Prenatales	Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas entre la	Número.	1. Ninguno. 2. 1-3 CPN 3. 3-5 CPN.

	embarazada y el equipo de salud.		4. Mayor de 5 CPN
--	----------------------------------	--	-------------------

Objetivo 3. Identificar la causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Causas Inmediata de Hemorragia Posparto	Causa de pérdida sanguínea posterior del parto	Guía de evaluación del MINSA	1. Atonía Uterina 2. Desgarros cervicales, vaginales, periné 3. Retención placentaria 4. Retención de fragmentos de placenta 5. Inversión uterina 6. Ruptura Uterina

Objetivo 4. Establecer el nivel cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Nivel de cumplimiento	Nivel de realización del protocolo de atención para hemorragia posparto, por parte del médico tratante.	Guía de evaluación del MINSA	7. Cumple. 8. No cumple.

Plan de Análisis:

Para el proceso y análisis de la información, se utilizó un programa computarizado estadístico. En este caso se utilizó SPSS versión 20.0 para generar una base de datos que nos permitió procesar la información recolectada, así mismo se utilizó Microsoft Office con el programa de Excel 2010 para realización de tablas de frecuencia simple, porcentaje y los respectivos gráficos de barras simples, compuestas, gráfico de sectores, además se utilizó Microsoft Word para elaboración del documento final y Power Point para su posterior presentación.

Aspectos Éticos

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos que nos proporcionaron. Así mismo se evitó la utilización de los datos para fines diferentes al estudio.

Se solicitó el apoyo y permiso a la dirección del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios asegurándole y comprometiéndonos que nuestro trabajo se apegó a la ética médica bajo los principios de una investigación de carácter científico.

VIII. RESULTADOS

La presente investigación sobre **“Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018”** con una muestra de 64 pacientes que presentaron hemorragia posparto, obteniéndose los siguientes resultados:

Características Sociodemográficas

En relación la edad se obtuvo que el 34.4%(22) se encontraba entre 21-25 años, 21.9%(14) entre 26-30 años, 21.9%(14) entre 15-20 años y 14.1%(9) de 31-35 años y mayor de 35 años 7.8%(5) (Ver anexo Tabla 1).

En cuanto a la procedencia el 57.8%(37) son de zona rural y 42.2%(27) urbana (Ver anexo Tabla 1).

Con respecto a la escolaridad el 42.2%(27) tenía el grado de secundaria, 29.7%(19) primaria, 21.9%(14) universidad, y 6.3%(4) son analfabeta (Ver anexo Tabla 1).

En el estado civil el 59.4%(38) unión libre, casadas 29.7%(19) y el 10.9%(7) solteras (Ver anexo Tabla 1).

En la ocupación que tenían las pacientes se encontró ama de casa 85.9%(55), obrera 7.8%(5), estudiante 4.7%(3) y comerciante 1.6%(1) (Ver anexo Tabla 1).

Dentro de la religión el 46.9%(30) Evangélica, 45.3%(29) católica y 7.8%(5) practican otra religión (Ver anexo Tabla 1).

Datos Ginecoobstétricos de los pacientes a estudio.

En cuanto a las gestas se encontro que el 43.8%(28) tenían un embarazo anterior, 32.8%(21) nunca habían estado embarazadas, 20.3%(13) tenían entre 2-3 embarazos anteriores y 3.1%(13) tenían más de 4 embarazos (Ver anexo Tabla 2).

Dentro del antecedente de partos el 46.9%(30) no presentaba ni un parto, 37.5%(24) habia tenido un parto 12.5%(8) entree 2-3 partos y 3.1%(2) más de 4 partos (Ver anexo Tabla 2).

En los aborto se encontro que el 87.5%(56) no ha presentado ningun aborto y el 10.9%(7) habian tenido 1 aborto, de igual manera el 90.6%(58) no tiene antecedente de cesárea, el 7.8%(5) una cesárea y 1.6%(1) dos cesáreas. (Ver anexo Tabla 2)

Con respecto al inicio de vida sexual el 82.8%(53) iniciaron entre 15 a 20 años, 10.9%(7) menor de 15 años y 4.7%(3) entre 21-25 años y 1.6% (1) mayor de 25 años (Ver anexo Tabla 3).

En cuanto al número de compañeros sexuales el 53.1%(34) tenía un compañero, 34.4%(22) dos, 10.9%(7) tres, 1.6%(1) \geq cuatro compañeros sexuales (Ver anexo Tabla 3).

Causa inmediata de sangrado postparto

Dentro de las causas inmediatas de Hemorragia posparto se encontró en mayor prevalencia Atonía uterina con 60.9%(39), seguido de Desgarros 17.2%(11), Retención placentaria 15.6%(10) y 6.3% retención de restos placentarios (Ver anexo Tabla 4).

Nivel cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto

En cuanto al nivel de cumplimiento según atonía uterina se cumplió en el 100%(39) de las mujeres que presentaron está causa inmediata (Ver anexo Tabla 6).

En el cumplimiento del protocolo según causa de desgarros el 90.9%(10) cumple y 9.1%(1) no cumple, el 9.1%(1) no realizo pruebas de coagulación junto a la cama (Ver anexo tabla 7 y 8).

En el cumplimiento del protocolo según causa de retención placentaria el 90%(9) cumple y 10%(1) no cumple, el 10%(1) no reviso si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara y no extrajo la placenta completa (Ver anexo tabla 9 y 10).

En cuanto al cumplimiento general del protocolo para hemorragia posparto se cumplió en un 96.9%(62) y no cumplió 3.1%(1) (Ver anexo Tabla 11).

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El presente trabajo investigativo titulado **“Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018”**, se realizó con una muestra de 64 pacientes los cuales presentaron hemorragia posparto durante su puerperio, permitiendo hacer el siguiente análisis:

Características Sociodemográficas

En relación a las características sociodemográficas el rango de edades que más predominó fue de 21 a 25 años. Según los datos estadísticos de mujeres embarazadas en Nicaragua la tasa es de 109 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edades de entre 15 a 19 años, lo que puede valorarse que al menos en este grupo de edades no hubo muchos casos de hemorragia posparto. (La Prensa, 2016).

El Hospital Regional San Juan de Dios del Departamento de Estelí es un hospital ampliamente equipado que atiende a las pacientes de los diferentes municipios de dicho departamento y de otros alrededores, a pesar que este hospital se encuentre ubicado en una zona urbana la mayoría de los casos reportados provenían de las zonas rurales. Dicho afirmación coincide con reportes del Ministerio de Salud de Nicaragua que revelan que las mujeres del campo presentan un mayor riesgo en comparación a las mujeres de zonas urbanas para complicaciones posparto incluyendo hemorragias posparto. (MINSAL, 2006)

Según estadísticas, en Nicaragua el 63% de las mujeres jóvenes tienen su primera relación sexual antes de cumplir 18 años, y 46 por ciento quedan embarazadas antes de cumplir esa mayoría de edad. Esta situación se asocia al nivel educativo debido a que si las mujeres quedan embarazadas a temprana edad, poseen mayor probabilidad de permanecer con bajo niveles de escolaridad durante el resto de sus vidas, tal y como lo reafirma el presente estudio en el cual se ve reflejado el bajo nivel educativo que poseen la mayoría de las pacientes. (La Prensa, 2016)

La aprobación del nuevo código de la familia ha permitido ampliar el concepto de familia, ya que reconoce todos los modelos de organización familiar, empezando por la familia nuclear, pero también la monoparental, la familia ampliada y la familia reconstruida o ensamblada, eso ha llevado a incorporar el status Unión libre como una práctica normal y la define como el acuerdo voluntario entre un hombre y una mujer, sin impedimento legal para contraer matrimonio, que libremente hacen vida en común de manera estable, notoria y singular, mantenida por dos años consecutivamente. Lo interesante de esto sería si realmente posterior al embarazo dicha unión se mantendrá estable o no, el periodo de convivencia habrá sido hasta verdaderamente los dos años, son algunas de las interrogantes que pueden arrojar estos datos.

A como se había planteado la baja deserción escolar de embarazadas limitan el poder obtener un trabajo o acceso laboral, y por ende al acceso a un trabajo formal, por lo que la mayoría prefiere quedarse en casa o trabajarle a alguien como ama de casa.

Nicaragua es un país laico según su constitución política, sin embargo por la historia de la conquista española, la mayoría de la población era de tendencia católica, sin embargo en el presente estudio se ve casi empatado con la religión evangélica, siendo solamente un caso la diferencia entre religiones.

Datos Ginecoobstétricos de los pacientes a estudio.

En cuanto a las gestas o embarazos anteriores la mayoría refirió que ya había estado al menos una vez anterior embarazada, lo cual sumado a la variable edad destaca las estadísticas que las mujeres en Nicaragua tienen embarazo a muy temprana edad, sin embargo no todas terminaron en parto satisfactoriamente, ya que dentro de ellas hubieron cesarea y hasta aborto.

Lo anterior se acopla con la lógica y las estadísticas que entre más joven se embaraza la mujer tiene más riesgo de complicaciones materno fetales.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud de Nicaragua cada vez más jóvenes inician tempranamente la vida sexual, siendo las féminas las más perjudicadas, principalmente con infecciones de transmisión sexual y/o embarazo precoces. De igual manera lo demuestra el presente estudio que refiere que el 82.8%(53) iniciaron entre 15 a 20 años su primera relación sexual.

La cantidad de compañeros sexuales es otra variable que aumenta el riesgo en mujeres, es decir que entre más compañeros sexuales tenga la mujer mayor es el riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo y en el puerperio. A pesar que en el presente trabajo la mayoría refirió que solo tenía 1 compañero sexual, es interesante que sumada las otras opciones que son de 2 o más compañeros sexuales casi llegan a contabilizar la mitad del total de las personas que participaron del estudio.

Causa inmediata de sangrado postparto

Se calcula que en el mundo anualmente mueren 125,000 mujeres por hemorragia obstétrica, siendo las principales causas las alteraciones en la inserción placentaria, la atonía uterina, alteraciones de la coagulación y las lesiones traumáticas del útero y del canal obstétrico. Dicha afirmación coincide con los resultado de dicha investigación que refleja que las causas inmediatas de sangrado posparto que más prevaleció fue Atonía uterina, seguido en orden de frecuencia desgarros, retención de restos de placenta, retención placentaria.

Nivel cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINS) mediante el protocolo de manejo de complicaciones obstétricas ha elaborado herramientas que permiten la evaluación del cumplimiento del llenado correcto en la atención a embarazadas, dicha ficha fue el instrumento utilizado en dicha investigación, encontrando que en todas las situaciones planteadas fue un manejo satisfactorio.

- En cuanto al nivel de cumplimiento según atonía uterina se cumplió en el 100% de las mujeres que presentaron esta causa inmediata
- En el cumplimiento del protocolo según causa de desgarros el 90.9% cumplió.
- En el cumplimiento del protocolo según causa de retención placentaria el 90%.
- En cuanto al cumplimiento general del protocolo para hemorragia posparto se cumplió en un 96.9%.

X. CONCLUSIONES

En el estudio realizado sobre el **“Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018”** Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Dentro de las características sociodemográficas que más prevalecieron las mujeres en edades de 21-25 años, de procedencia urbano, escolaridad secundaria, estado civil unión libre, ocupación ama de casa y de religión católica.
- En los antecedentes Ginecoobstétricos se encontró que la mayoría tenían un embarazo anterior, no habían tenido ningún parto, de igual manera ningún aborto y ninguna cesárea. Iniciaron su vida sexual entre las edades de 15-20 años y la mayoría tenía una pareja sexual.
- En cuanto a las causas inmediatas de Hemorragia Posparto se encontró en mayor frecuencia la atonía uterina, seguido de los desgarros de cuello, vagina y periné.
- Se cumplió en un alto porcentaje el protocolo para el manejo de Hemorragia posparto en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico del Hospital regional San Juan de Dios del departamento de Estelí.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud (MINSA)

- Promover revisiones periódicas sobre el cumplimiento de protocolo de hemorragia postparto, con el fin de contrastar con otras investigaciones los avances y mejoramiento de las estadísticas.

Al Hospital

- Establecer comisiones dedicadas a la revisión continua del adecuado manejo o cumplimiento de los protocolos de actuación en las pacientes atendidas en el servicio
- Presentar los resultados del presente estudio investigativo al personal de salud para crear conciencia sobre la importancia de manejo adecuado de las normas y protocolos.
- A los médicos que trabajan en el área de ginecología que indiquen los exámenes completos a las pacientes, y si éstos no se pueden realizar, establecer notas o comentarios en el expediente clínico que reflejen el motivo por el cual no se llevaron a cabo.
- Realizar detección y referencia oportuna de toda paciente con factor de riesgo para hemorragia postparto con el fin de evitar esta complicación y repercusiones en la paciente.

A las Pacientes

- Sensibilizarse sobre la importancia de detección temprana y oportuna de factores de riesgo para hemorragia postparto.
- Cumplir puntualmente las citas médicas, así como las citas para exámenes en la fecha que le corresponde.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Alejandro Hernández. (2007). Calidad de atención en la vigilancia de trabajo de parto con partograma. León, Managua.
- Banco Mundial. (2014). *Banco Mundial*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN?locations=NI&view=chart>
- CLAP, OPS/OMS. (2014). *Página oficial de OMS/OPS*. Obtenido de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=es
- Claudio G. Sosa, Fernando Althabe. (2009). Factores de riesgo asociados a hemorragia post-parto en pacientes con parto vaginal en una población de América Latina. *Greenjournal*.
- Dr. Danilo Nápoles Méndez, Dra. Amelia Emilia Bajuelo Páez. (2004). EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO. *MEDISAN*, 64-72. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf
- Hernández , Fernández y Batista. (2014). *Metodología de la investigación* . México D.F: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández-Morales MA, García-de la Torre J. (2016). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo. *Ginecol Obstet Mex Revista*.
- Mauro Parra C. (2007). PARTOGRAMA EN MUJERES MULTÍPARAS CON MANEJO MÉDICO DEL TRABAJO DE PARTO. *Revista Chilena de Obstetricia y Gineología* , 160-164.
- MINSA. (2006). *Norma y protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas*. Managua: MINSA.
- MINSA-Nicaragua. (2008). *NORMAS Y PROTOCOLOS PARA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO*. Managua, Nicaragua.

- Neri-Mejía M, Pedraza-Avilés AG. (2016). Tratamiento activo del tercer periodo del trabajo de parto: tres esquemas de oxitocina. *Ginecol Obstet Mex Revista*.
- OMS. (Noviembre de 2016). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). OMS. Obtenido de http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). Obtenido de http://search.who.int/search?q=Hemorrag%C3%ADa+posparto&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8
- Ricardo Schwarcz. (2005). *OBSTETRICIA*. Argentina: El Ateneo.
- Rocha IM y de Oliveira SM. (2009). Partograma como instrumento de análisis en la asistencia del parto. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 880-8.
- Vieira García Novo, Joe Luiz. (2016). Analysis of assistance procedures to normal birth in primiparous. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 30-35.
- Zeledón y Abarca. (1997). Aplicación del partograma en el servicio de labor y parto en el hospital Berta Calderón Roque. Managua, Nicaragua.

XIII. ANEXOS

1. Ficha de recolección de la información

“Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante Enero 2016-Diciembre 2018”

Ficha No: _____

Fecha: ____/____/____

I. Datos Generales

1. Edad:

15- 20 años

20 - 25 años

26 - 30 años

31-35 años

Mayor de 35 años

2. Procedencia:

Urbano

Rural

3. Escolaridad:

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Universitaria

4. Estado Civil

Soltera

Casada

Acompañada

Divorciada

5. Ocupación:

Ama de casa

Comerciante

Obrera

Estudiante

6. Religión:

Católica

Evangélica

Otra

II. Antecedentes Gineco-obstétricos

Antecedentes Gineco-obstétricos

7. Gesta: ninguna

1 embarazo

2 – 4 embarazos

Más de 4 embarazos

8. Para: Ninguno

1 parto

2 – 4 partos

Más de 4 parto

9. Aborto: ninguno

uno

dos

de 3 a más

10. Cesárea: ninguno

uno

dos

de 3 a más

11. Inicio de vida sexual activa: Menor de 15 años 15-20 años 21-25 años
>25 años

12. Número de compañeros sexuales
Uno dos tres cuatro > cuatro

III. Causas inmediatas de la Hemorragia Posparto

- Atonía uterina
- Desgarros: cuello, vagina o periné
- Retención placentaria
- Retención de fragmentos placentarios
- Inversión uterina
- Ruptura uterina

IV. Lista de chequeo según causa de Hemorragia posparto

Número de Expediente→							
ATONÍA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
Acciones Inmediatas:							
1	-Realizó masaje uterino						
2	-Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra.						
3	-Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.						
Usó de oxitócicos juntos o en secuencia:							
4	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.						
5	-Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3L)						
6	-Si se requirió transfusión, se realizó la misma.						
Maniobras (Que salvan vidas):							
7	Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal.						
8	Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.						
9	En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital						
10	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución						

Número de expediente		1	2	3	4	5	prom
DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios							
El diagnóstico de desgarro de vagina, cuello y periné se baso en							
1	Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.						
2	Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.						
Acciones Inmediatas:							
3	Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.						
4	Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución						
Expediente cumple							

Número de Expediente→		1	2	3	4	5	Prom
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios							
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:							
1	La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30mincon Manejo Expectante						
Acciones Inmediatas:							
3	Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.						
4	Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.						
5	Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:							
6	Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min).						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo:							
7	Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé)..						
8	Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.						
9	Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.						
10	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución						
Expediente Cumple:							

Número de Expediente→							
RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.						
2	Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.						
3	Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.						
4	Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							

Número de Expediente→							
INVERSIÓN UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).						
2	NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.						
3	Si la mujer tenía dolor severo, aplicó ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.						
4	Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV o Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.						
6	Si había signos de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.						
7	Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.						
8	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							

RUPTURA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.						
2	Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata Para extraer bebé y placenta.						
3	Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, Reparó el útero.						
4	Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.						
5	Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).						
6	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							

Tablas y Gráficos

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=64

Características sociodemográficas			
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	15-20 años	14	21.9%
	21-25 años	22	34.4%
	26-30 años	14	21.9%
	31-35 años	9	14.1%
	> 35 años	5	7.8%
	Total	64	100%
Procedencia	Urbano	27	42.2%
	Rural	37	57.8%
	Total	64	100%
Escolaridad	Analfabeta	4	6.3%
	Primaria	19	29.7%
	Secundaria	27	42.2%
	Universitaria	14	21.9%
	Total	64	100%
Estado Civil	Soltera	7	10.9%
	Casada	19	29.7%
	Unión Libre	38	59.4%
	Total	64	100%
Ocupación	Ama de casa	55	85.9%
	Comerciante	1	1.6%
	Obrera	5	7.8%
	Estudiante	3	4.7%
	Total	64	100%
Religión	Católica	29	45.3%
	Evangélica	30	46.9%
	Otra	5	7.8%
	Total	64	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 2. Datos Ginecoobstétricos de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=64

Antecedentes Ginecoobstétricos		Frecuencia	Porcentaje
Gesta	Ninguno	21	32.8%
	1 Embarazo	28	43.8%
	2-3 Embarazos	13	20.3%
	Más de 4 Embarazos	2	3.1%
	Total	64	100%
Para	Ninguno	30	46.9%
	1 parto	24	37.5%
	2-3 partos	8	12.5%
	Más de 4 partos	2	3.1%
	Total	64	100%
Aborto	Ninguno	56	87.5%
	Uno	7	10.9%
	Dos	1	1.6%
	Total	64	100%
Cesárea	Ninguno	58	90.6%
	Uno	5	7.8%
	Dos	1	1.6%
	Total	64	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 3. Datos Ginecológico de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=64

Datos Ginecológico	Frecuencia	Porcentaje	
Inicio de Vida Sexual	< 15 años	7	10.9%
	15-20 años	53	82.8%
	21-25 años	3	4.7%
	> 25 años	1	1.6%
	Total	64	100%
Número de Compañeros Sexuales	uno	34	53.1%
	Dos	22	34.4%
	Tres	7	10.9%
	≥ cuatro	1	1.6%
	Total	64	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4. Causas Inmediata de Hemorragia Posparto en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=64

Causas Inmediata de Hemorragia Posparto	Frecuencia	Porcentaje
Atonía Uterina	39	60.9%
Desgarros	11	17.2%
Retención Placentaria	10	15.6%
Retención de restos placentarios	4	6.3%
Total	64	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 5. Cumplimiento de acciones inmediata según causa de Atonía uterina en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=39

Cumplimiento de acciones inmediata según causa de Atonía uterina	Frecuencia	Porcentaje
Realizó Masaje uterino	39	100%
Verificó si placenta estaba íntegra	39	100%
Si no estaba íntegra extrajo tejido placentario residual	39	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 6. Cumplimiento del protocolo según causa de Atonía uterina en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=39

Cumplimiento del protocolo según causa de Atonía uterina	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	39	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 7. Cumplimiento de acciones inmediatas según causa de desgarros, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=11

Cumplimiento de acciones inmediatas según causa de Desgarros: cuello, Vagina o periné		Frecuencia	Porcentaje
Reparo Desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné	Si	11	100%
	Total	11	100%
Si el Sangrado continuó, realizo pruebas de coagulación junto a la cama	Si	10	90.9
	No	1	9.1%
	Total	11	100%
Refirió oportunamente a un mayor nivel de atención	Si	11	100%
	Total	11	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 8. Cumplimiento del protocolo según causa de Desgarros, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=11

Cumplimiento del protocolo según causa de Desgarros	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	10	90.9%
No cumple	1	9.1%
Total	11	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 9. Cumplimiento de acciones inmediatas según causa de Retención placentaria, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=10

Cumplimiento de acciones inmediatas según causa de Retención placentaria		Frecuencia	Porcentaje
Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara	Si	9	90.9
	No	1	9.1%
	Total	10	100%
Si palpo la placenta en vagina , la extrajo	Si	9	90.9
	No	1	9.1%
	Total	10	100%
Aseguró vejiga vacía	Si	10	100%
	Total	10	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 10. Cumplimiento del protocolo según causa de Retención Placentaria, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=10

Cumplimiento del protocolo según causa de Retención Placentaria	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	9	90%
No cumple	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Expediente Clínico

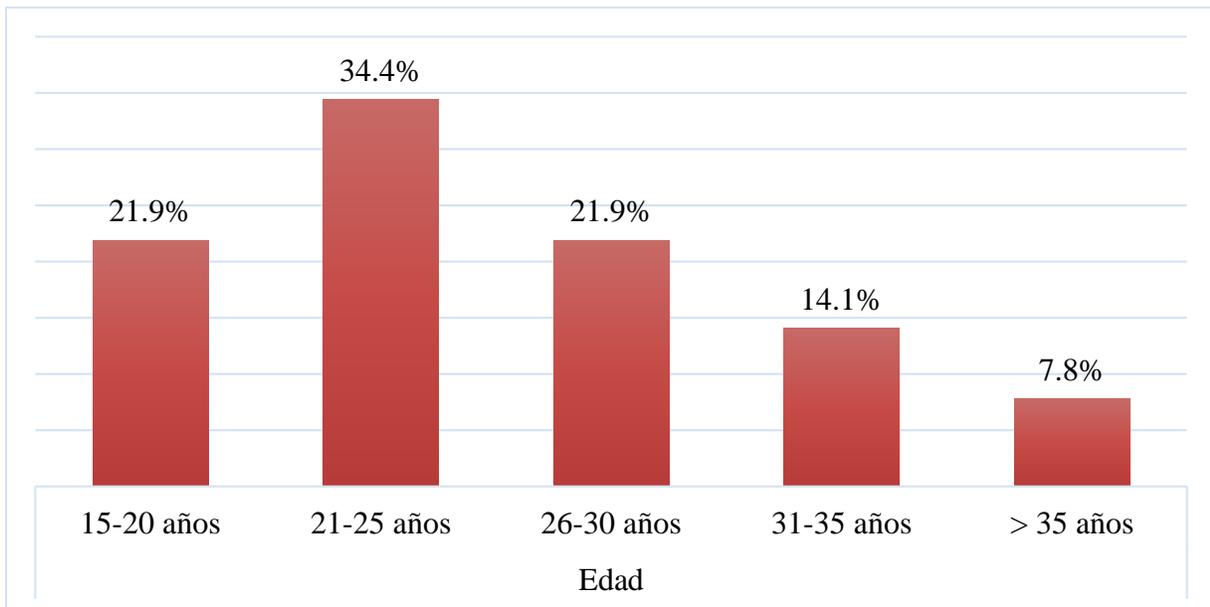
Tabla 11. Cumplimiento general del protocolo para el manejo de Hemorragia Posparto, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

n=64

Cumplimiento general del protocolo para el manejo de Hemorragia Posparto	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	62	96.9%
No cumple	2	3.1%
Total	64	100%

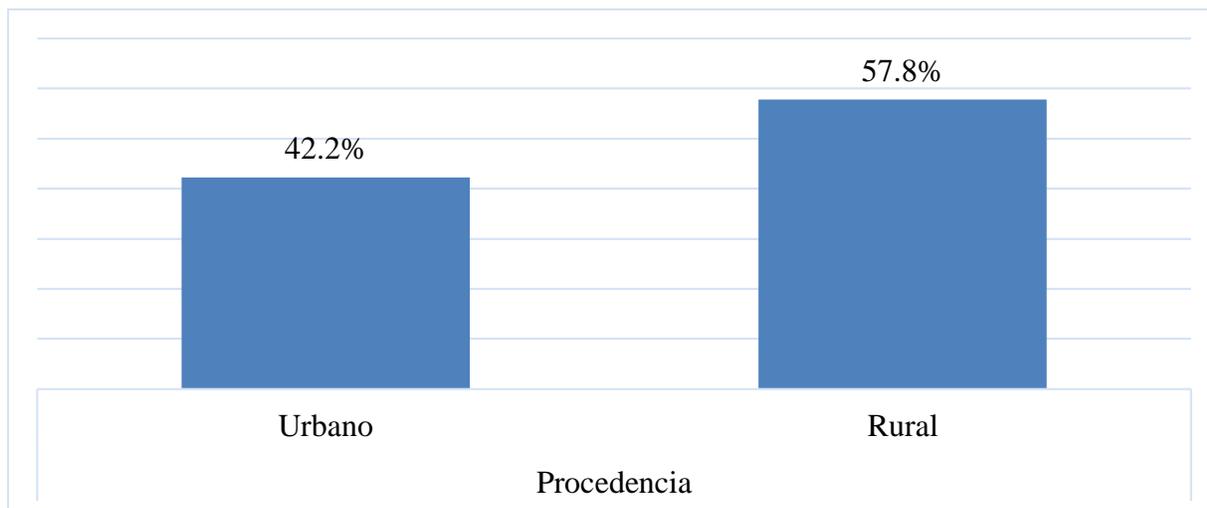
Fuente: Expediente Clínico

Gráfico 1. Edad de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



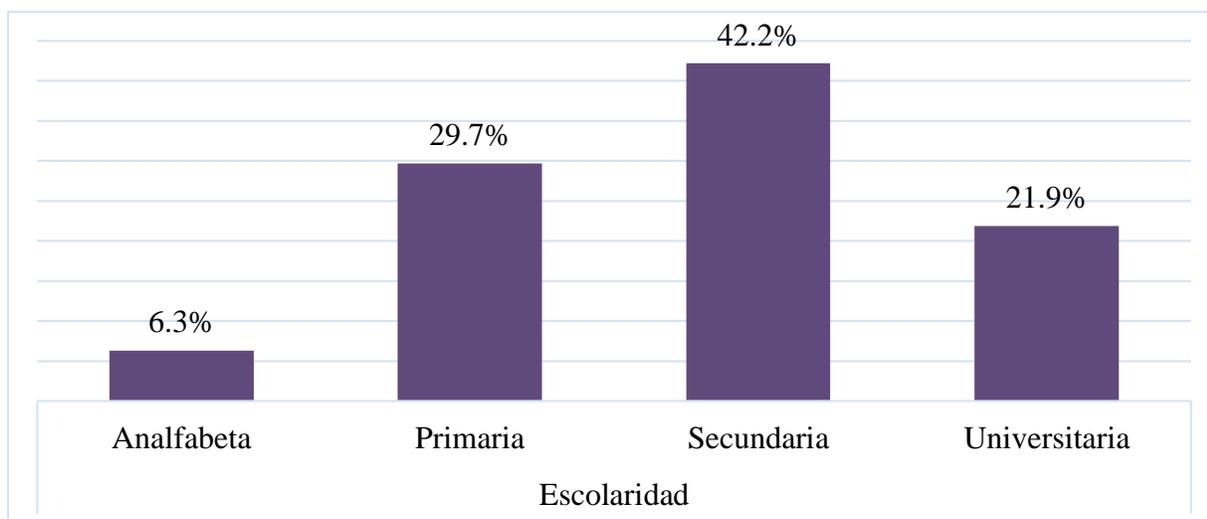
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Procedencia de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



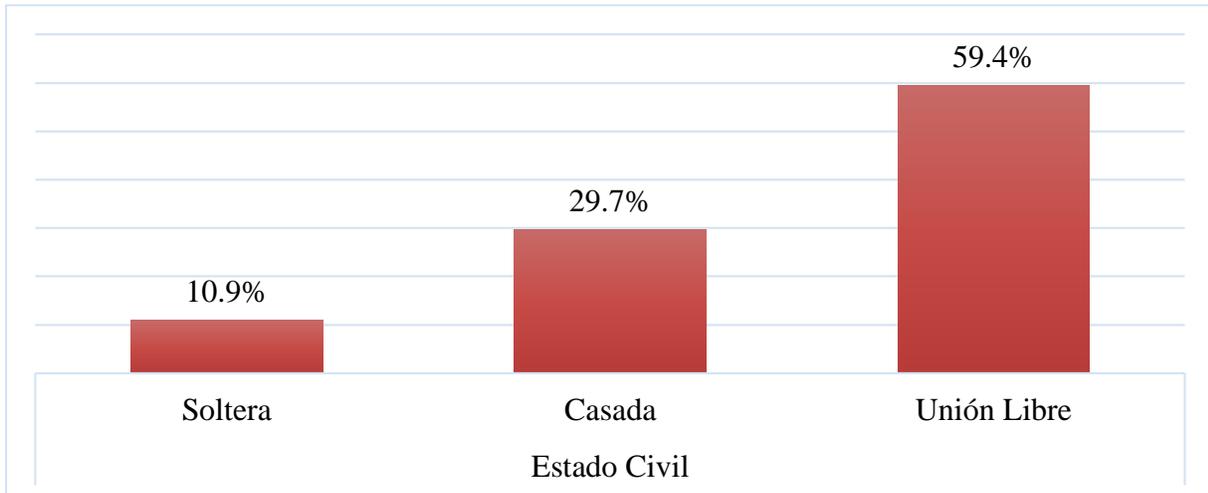
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3. Escolaridad de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



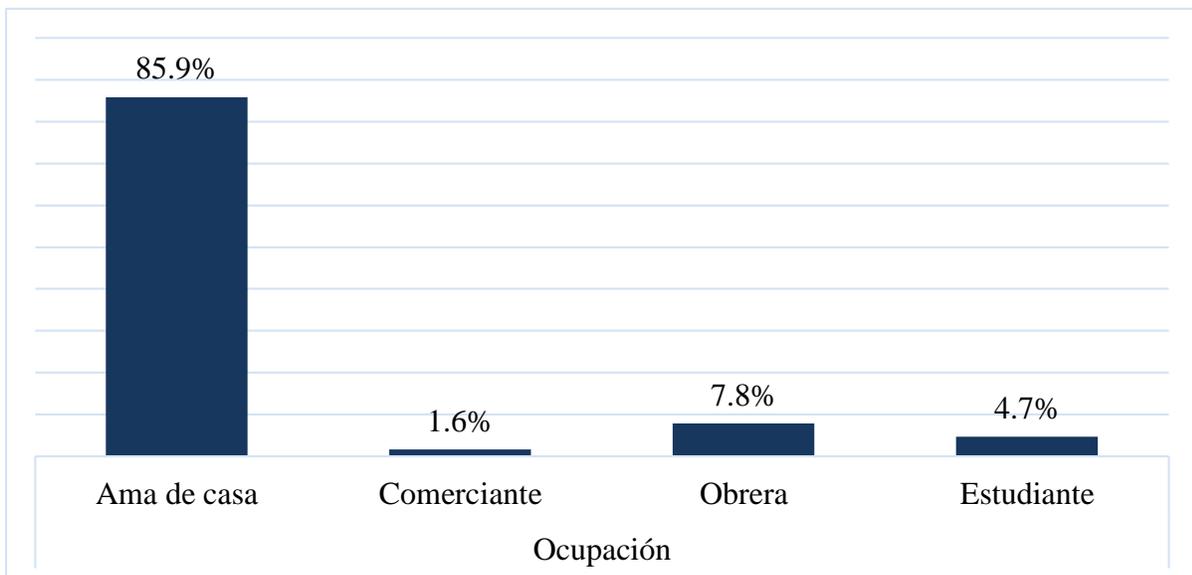
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Estado Civil de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



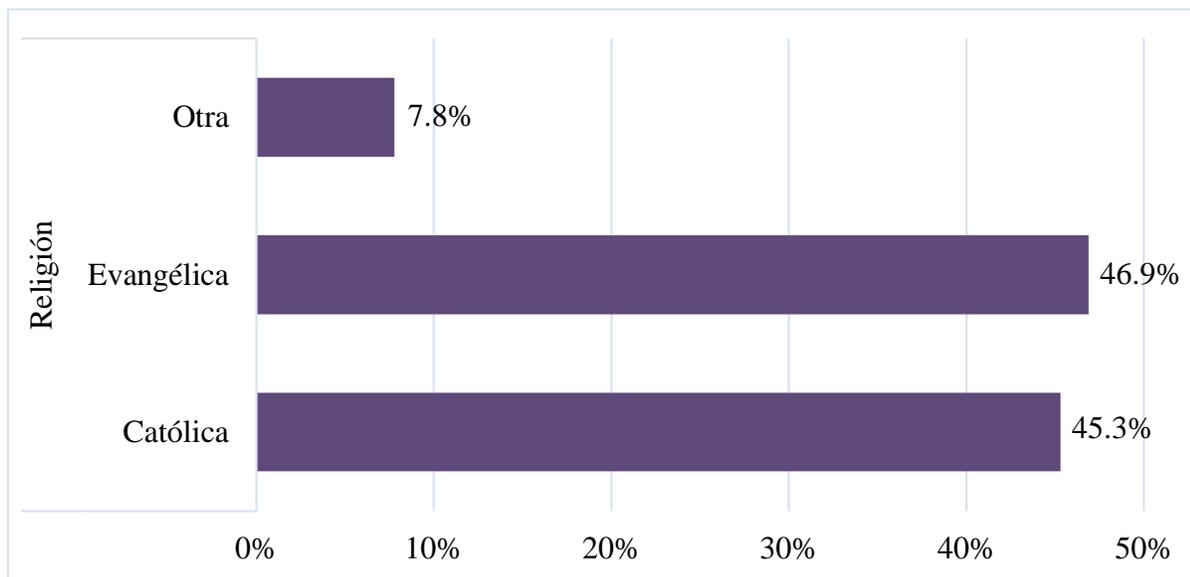
Fuente: Tabla 1

Gráfico 5. Ocupación de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



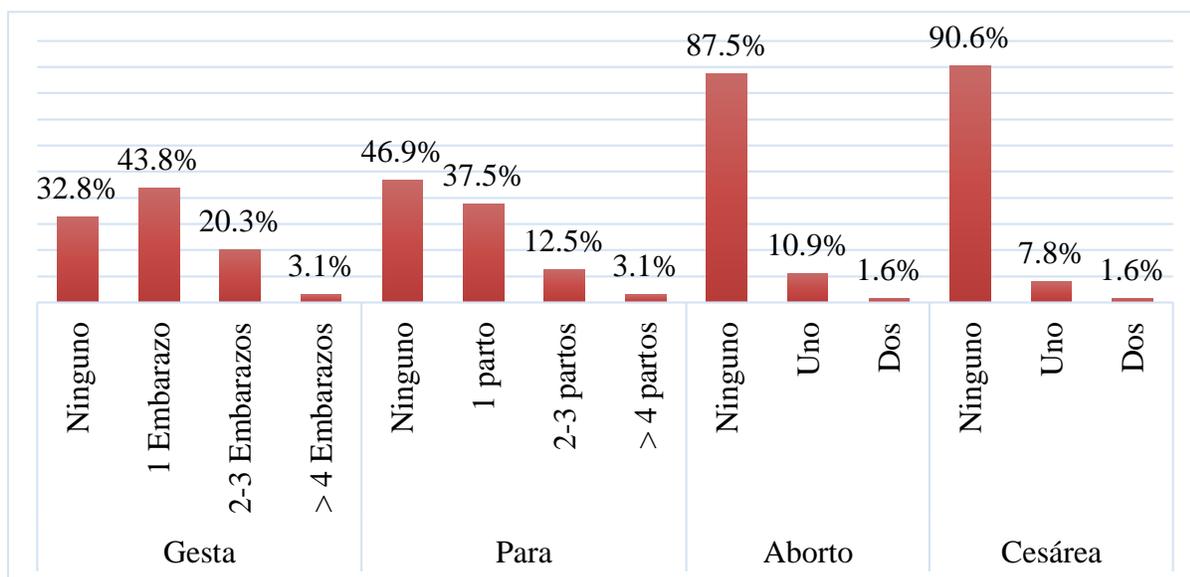
Fuente: Tabla 1

Gráfico 6. Religión de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



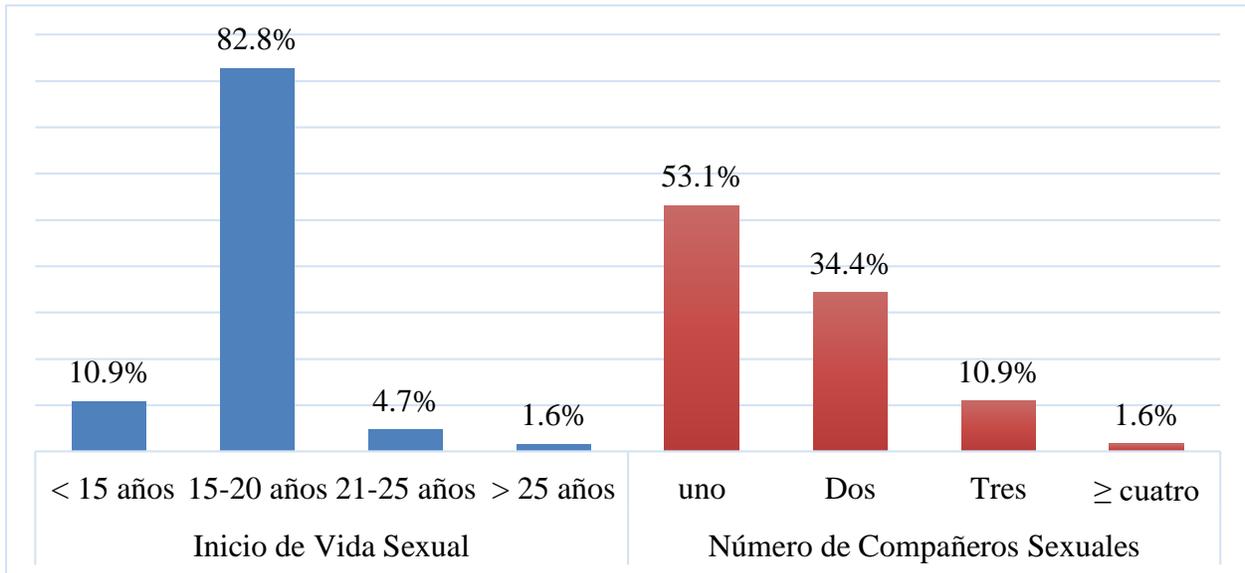
Fuente: Tabla 1

Gráfico 7. Datos Ginecoobstétricos de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



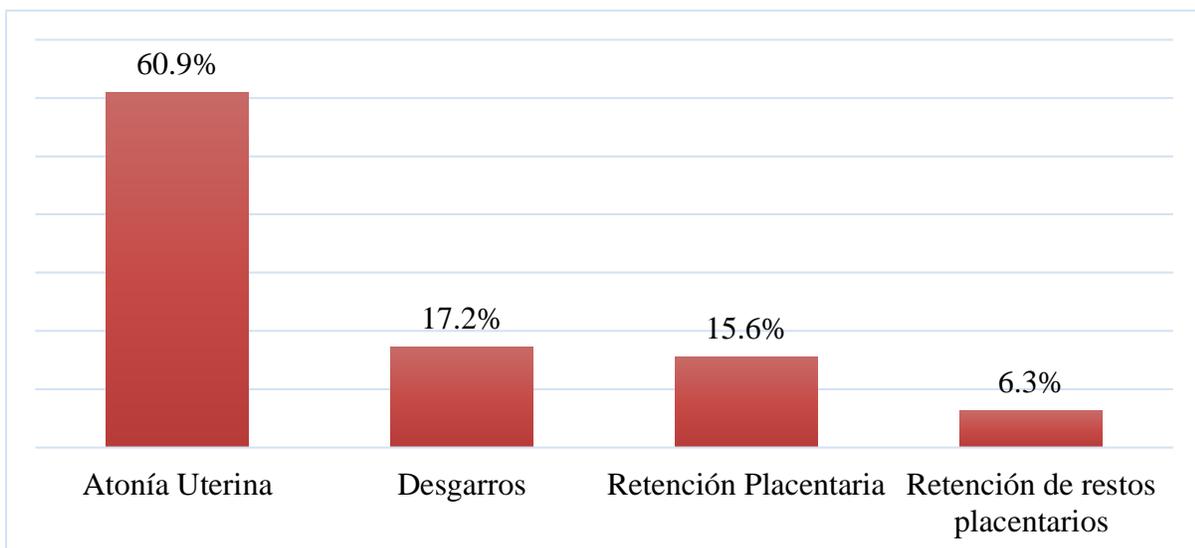
Fuente: Tabla 2

Gráfico 8. Datos Ginecológicos de las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 9. Causas Inmediatas de Hemorragias posparto en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 10. Cumplimiento de acciones inmediatas para Atonía Uterina, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.

Fuente: Tabla 5

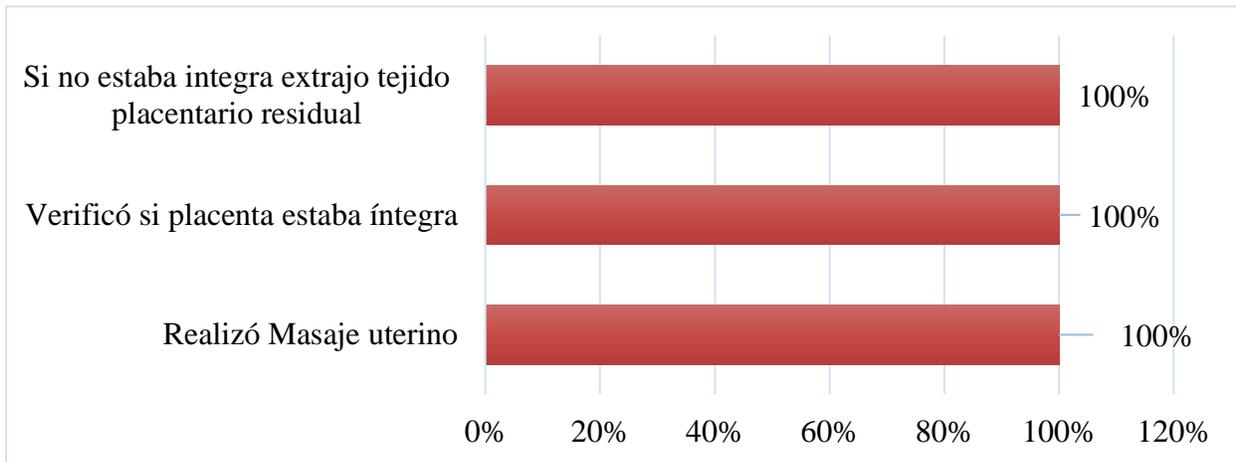
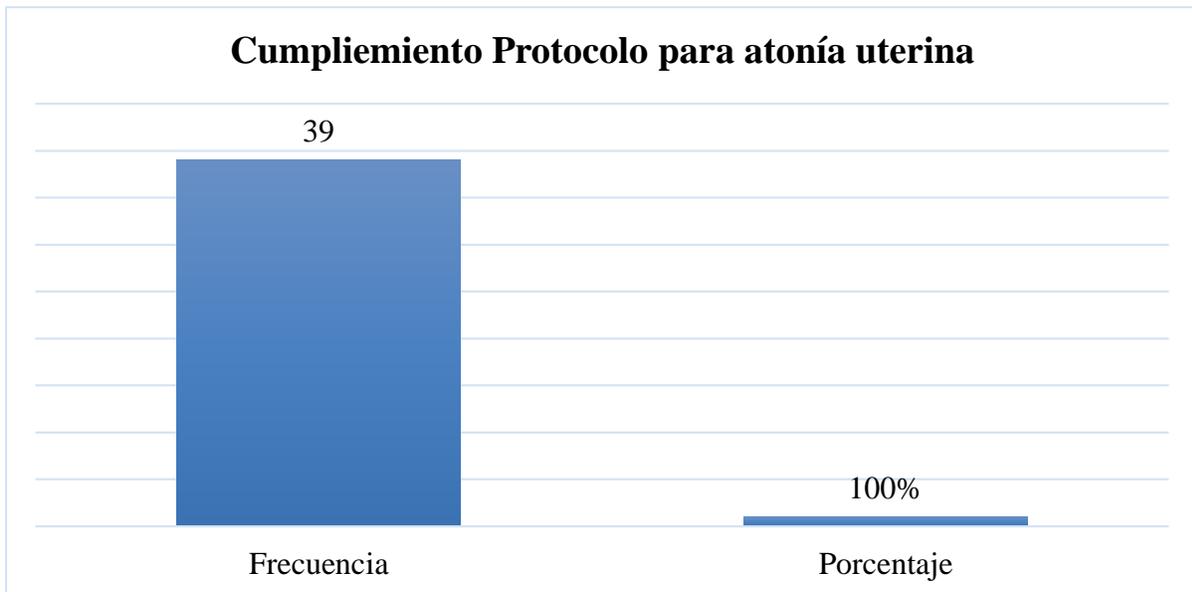
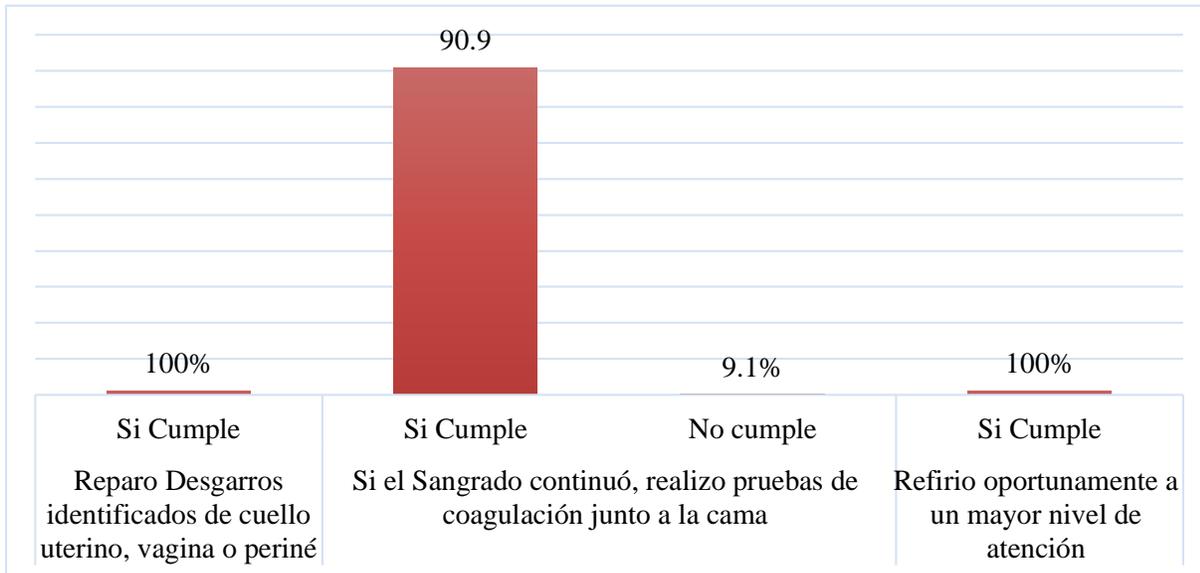


Gráfico 11. Cumplimiento del protocolo para Atonía Uterina, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



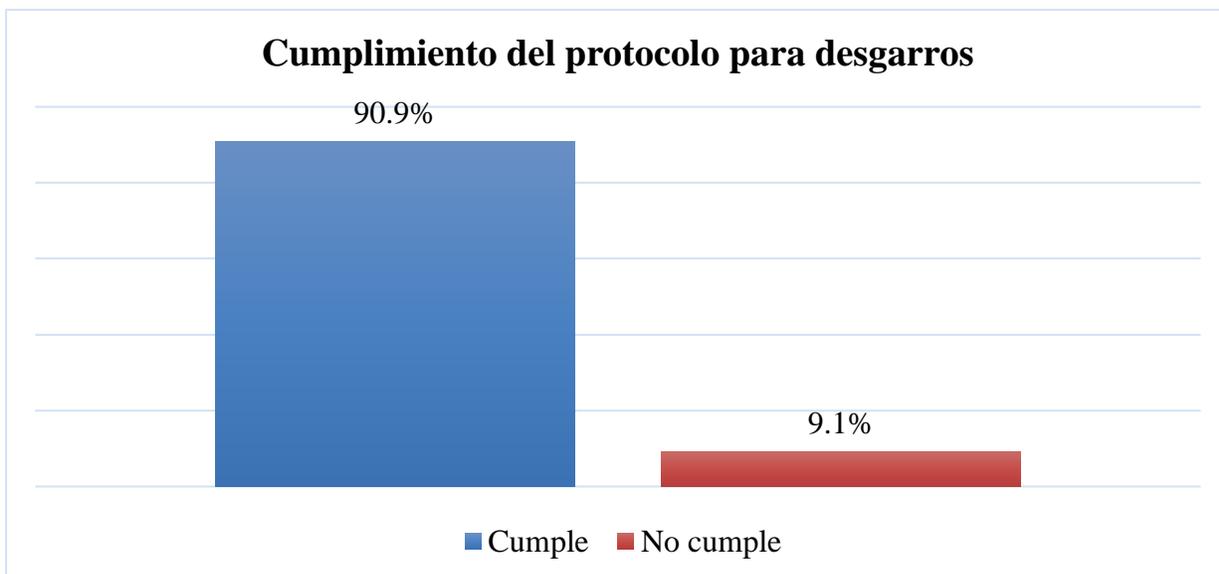
Fuente: Tabla 6

Gráfico 12. Cumplimiento de acciones inmediatas para desgarros, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



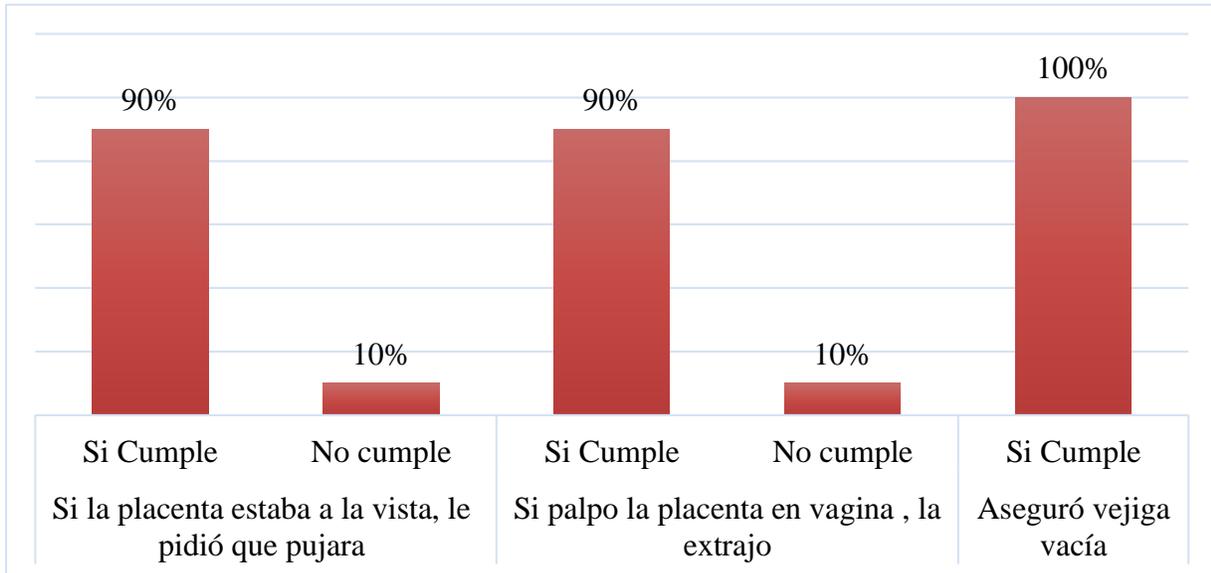
Fuente: Tabla 7

Gráfico 13. Cumplimiento del protocolo para desgarros, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



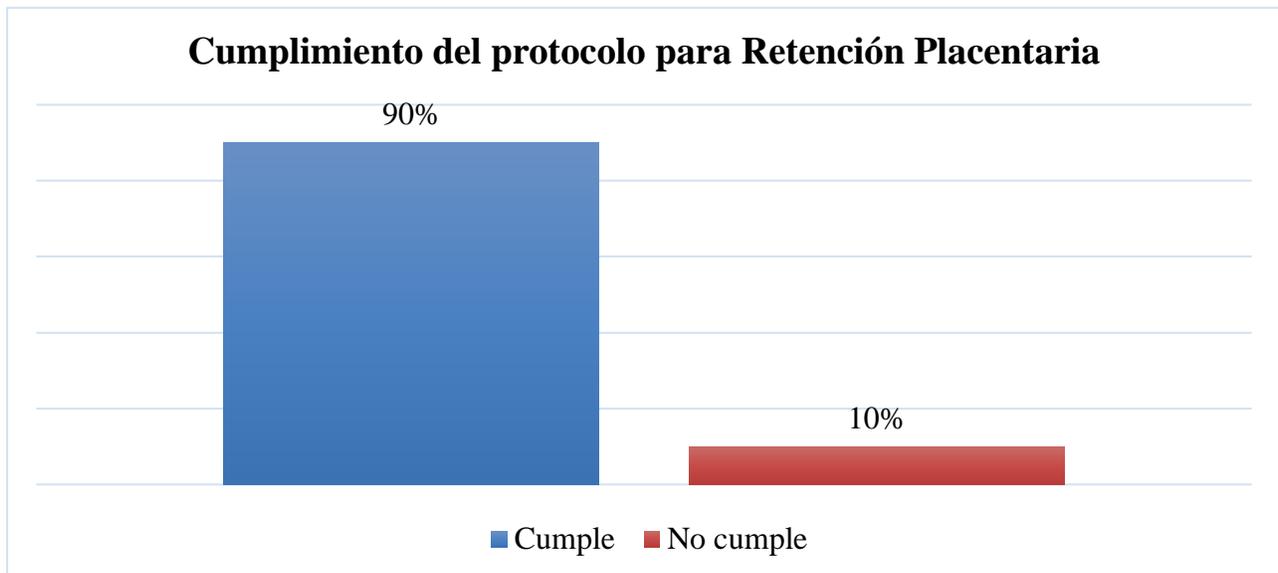
Fuente: Tabla 8

Gráfico 14. Cumplimiento de acciones inmediatas para retención placentaria, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



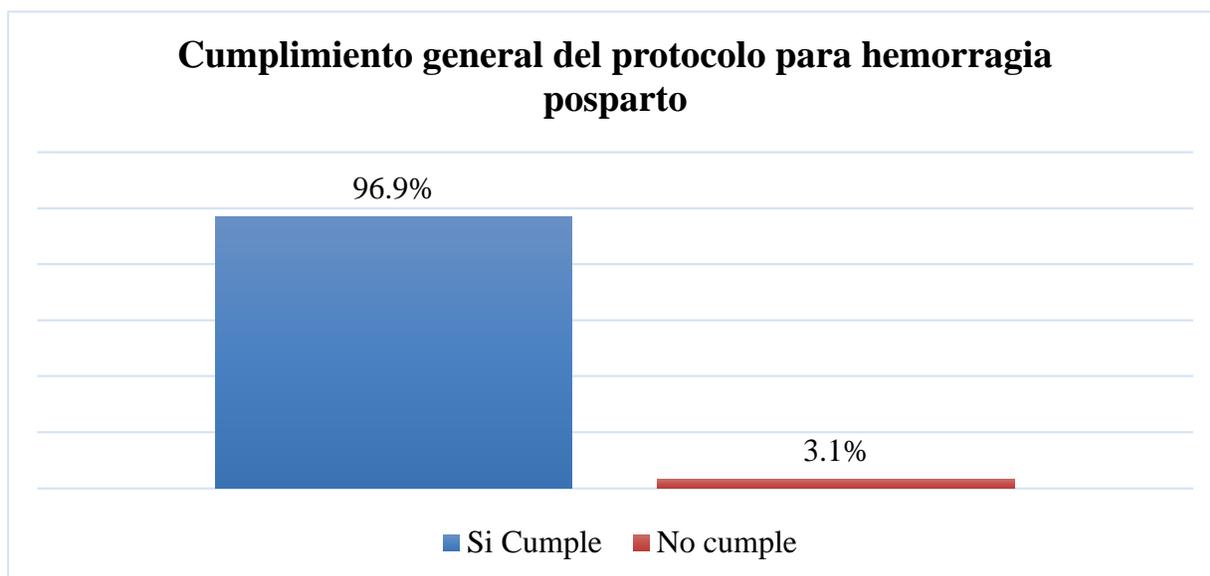
Fuente: Tabla 9

Gráfico 15. Cumplimiento del protocolo para Retención Placentaria, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



Fuente: Tabla 10

Gráfico 16. Cumplimiento general del protocolo para manejo de Hemorragia Posparto, en las pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico con diagnóstico de Hemorragia posparto en el Hospital Regional San Juan de Dios Departamento de Estelí, durante enero 2016-diciembre 2018.



Fuente: Tabla 11