

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERCITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y
CIRUGANO GENERAL

**NIVEL DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO EN LA NORMATIVA
DEL MATEP EN LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA
POSTPARTO EN PACIENTES CUYO PARTO FUE VIA VAGINAL
EN EL HBCR EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014**

AUTORES:

Br. JOSE ISMAEL ARIAS ARIAS

Br. ISIS REBECA ESPINOZA SOLORZANO

TUTOR:

MSC.MD. JOSE DE LOS ANGELES MENDEZ

MANAGUA, FEBRERO 2015

DEDICATORIA

Primeramente a Dios que es el creador de todas las cosas, el que nos ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer hemos estado por ello con toda la humildad de nuestro corazón se la dedicamos a él.

A nuestros padres que han sabido formarnos con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual nos ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles de nuestras vidas.

A la familia en general porque nos han brindado su apoyo emocional y por compartir los buenos y malos momentos de nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios por permitirnos llegar a este mundo y darnos la sabiduría y el entendimiento para poder llegar a esta etapa de nuestra carrera llena de dificultades y alegrías.

A nuestros padres que han confiado en nosotros, por darnos su ejemplo, dedicación, amor, cuidado y el apoyo que siempre nos han brindado y así hacer de nosotros cada día una persona mejor.

A nuestro tutor por ser el guía de nuestro trabajo, por sus conocimientos, su persistencia, su paciencia y motivación que han sido fundamentales para nuestra formación inculcándonos responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podríamos tener una formación completa como investigadores.

OPINIÓN DEL TUTOR

Considero que realizar evaluación sistemática del cumplimiento de una norma, es la forma más adecuada para medir calidad de atención.

En este esfuerzo investigativo los jóvenes: José Ismael Arias Arias e Isis Rebeca Espinoza Solórzano han realizado una revisión exhaustiva del cumplimiento de la norma y que sus resultados serán una base fundamental para enfocar de forma constructiva los errores en el no cumplimiento de una atención bajo protocolo.

Este estudio cumple con todos los requisitos científicos y metodológicos. Reciban los investigadores mis más altas muestras de felicitaciones.

Atentamente

MSC.MD. José de los Ángeles Méndez

TUTOR

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo Descriptivo de corte transversal sobre nivel de cumplimiento del MATEP en la prevención de HPP en el servicio de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque cuyo objetivo principal fue evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo en la normativa del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en el primer semestre del 2014.

El universo está constituido por las mujeres que su parto fue atendido en el área de labor y parto, la muestra está constituida por 150 mujeres que fueron elegidas mediante muestreo no aleatorio por conveniencia cumpliendo con los criterios de selección.

La fuente de información fue secundaria recolectada por medio de revisión de expedientes clínicos con una ficha recolectora previamente elaborada con preguntas abiertas y cerradas.

Encontramos predominio del grupo etáreo 14-19 años de edad, procedente del área urbana con nivel de escolaridad baja, secundaria incompleta y estado civil acompañada. En los factores de riesgos a desarrollar complicaciones en el embarazo encontramos que la mayoría de las pacientes eran primigestas y primíparas. Además se encontró que a todas las pacientes se les aplicó oxitocina tomando en cuenta los diferentes criterios para su uso según lo establecido por el MINSA

Concluimos que en nuestro estudio el cumplimiento de la normativa del MATEP es satisfactorio previniendo la hemorragia postparto en un 90% de los casos lo cual se convierte en una estrategia positiva para la disminución de la hemorragia posparto por lo tanto recomendamos al personal médico y paramédico involucrado en la atención directa del parto, que sigan realizando la estrategia del MATEP, principalmente estudiantes de medicina y de enfermería, como han venido haciendo en la prevención de la hemorragia postparto.

INDICE

Introducción.....	6
Antecedentes.....	7
Justificación.....	9
Planteamiento del problema.....	10
Objetivos.....	11
Marco teórico.....	12
Diseño metodológico.....	23
Resultados.....	30
Análisis y discusión de resultados.....	32
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	39

INTRODUCCION

La hemorragia postparto es la principal causa directa de muertes materna en el mundo; cada año 132.000 mujeres se desangran hasta morir al dar a luz; mundialmente tiene una incidencia de 5-8%, presenta más del 30% de la mortalidad materna en África y Asia mientras que a nivel mundial, una mujer muere cada siete minutos como consecuencia de esta condición.¹⁶

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representa 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año.⁹

En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva siendo las secuelas más importante derivadas de esta complicación las coagulopatias de consumo, transfusiones de hemoderivados , pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundaria a cirugía de emergencia.¹

Las causas de hemorragia postparto son muy variadas e incluyen: Laceraciones y desgarro del canal del parto, episiotomías mal reparadas, trastorno de la coagulación, retención de restos placentarios, sub-involución del lecho placentario, inversión del útero y atonía uterina. Esta última es considerada la causa más frecuente de hemorragia postparto, y a su vez tiene un gran número de factores que la pueden desencadenar.⁸

Un punto central en la atención para la prevención de la hemorragia postparto se ha empleado la de normativa del Manejo Activo del Tercer Periodo de Parto (MATEP), en donde se emplean tres pasos fundamentales para la prevención de la hemorragia postparto los cuales son:

Administración de útero tónico.

Aplicar tracción controlada del cordón umbilical.

Realización de masajes uterino inmediatamente al alumbramiento placentario.

Por ello toda mujer independientemente del lugar de la atención del parto ya sea en domicilio o en una unidad de primero o segundo nivel de atención y que presenta o no que propicien hemorragia postparto deben recibir atención que incluya el MATEP.⁸

ANTECEDENTES

La organización mundial de la salud (1991) estimó que la hemorragia post-parto ocurre aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesáreas. Es la causa de un cuarto de todas las muertes maternas. Mientras que en países en vía de desarrollo esta proporción se eleva hasta un 60%. La muerte en el mundo por hemorragia post-parto en países en vías de desarrollo es 1 por 1000 partos. La organización mundial de la salud estimó 20 millones el número anual de complicaciones maternas por hemorragias post-parto de estas 150.000 mujeres mueren cada año por hemorragias asociadas al parto. ⁹

En tanto Coombs y Colleagues (1991) realizaron un estudio de caso-control en San Francisco, comparando 374 casos de hemorragia post-parto (definida como un descenso en el hematocrito del 10% o mayor) en el parto vaginal con 1122 casos controles pareados. Los factores de riesgo para hemorragias post-parto incluyeron una tercera etapa prolongada de trabajo de parto (oddsratio (OR) ajustada 7,6; 95% IC, 4.2-13.5), pre eclampsia (OR, 5.0, IC 95%, 3.0-8.5) episiotomía (OR ajustada: 3,6; IC del 95%, 2.6 a 8.4) y embarazo de hemorragia post-parto (OR ajustada del 95%, 01.02 a 10.02) y embarazo gemelar ajustado 0, 3, 3, 95% IC, 1,0-10,6) entre otras alteraciones, laceraciones en núlpara. ²

Al respecto Van Dongen PW, Van Roosmalen J, De Bóer CN et al (1991) en varios estudios que han examinado el uso de la oxitocina en la tercera fase, también llamada manejo activo de la tercera etapa, han encontrado que estos conducen a una significativa reducción de hemorragia post-parto. ¹⁶

Sin embargo Bais Jm, Eskes M, Pel M et al (2004) afirman en estudio basado en la población en the Netherlands de las mujeres núlparas encontraron que los factores de riesgo de hemorragia post-parto (perdida de sangre >500 ml) incluye una tercera etapa prolongada del parto (OR, 2,61; IC 95%, 1,83-3,72) y retención placentaria (OR, 7,38, 95% CI, 3,78-16,22) otros factores de riesgo importantes, aunque menos frecuente asociado a hemorragias post-parto fueron macrosomía fetal (OR, 2,17, 95% CI 1,62 a 2,76) episiotomía (OR 2,18, IC 95%, 1,68-2,81) y laceración prenatal (OR 1,40, 95% CI 1,04-1,87). ¹

En este sentido Magann y colaboradores (2005), concluyen en un estudio de hemorragia post-parto en el King Edward Memorial Hospital de Perth, Australia encontraron como factores de riesgo para la hemorragia post-parto: antecedentes de sangrado en embarazo anterior, laceraciones del tacto genital, macrosomía, inducción del parto, muerte fetal, parto prolongado, corioamnionitis, historia de la placenta retenida y fórceps. ⁵

Además en un estudio de cohortes prospectivo Magann et al (2005) afirma que el riesgo de hemorragia por parto aumentó con la prolongación de la tercera etapa del parto. Estos investigadores encontraron que después de 30 minutos, las probabilidades de hemorragia post-parto fueron seis veces superiores a menos de 30 minutos. Riesgo de hemorragia

post-parto en 10 minutos (OR_: 2,1; IC 95% 1,6-2,6) a 20 minutos (OR: 4,3; IC 95%, 3,3 a 5.5) y a los 30 minutos (OR: 6,2; IC 95% 4,6 a 8,2). 6

La tasa de mortalidad materna fluctúa en los últimos 13 años, presentando una tendencia estable en este periodo. En 2005, la tasa de mortalidad materna fue de 89.6/100,000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia post parto (48% de los casos), seguida de sepsis puerperal (15 %) y eclampsia (14%). Estas causas de muerte están asociadas a la aún alta tasa de fecundidad, el bajo espaciamiento de nacimientos, y la limitada cobertura y calidad en la prestación de servicios de salud reproductiva (planificación familiar, control prenatal, partos hospitalarios y puerperio).

A nivel nacional

El MINSA protocoliza en abril del dos mil uno, el manejo de la prevención de la hemorragia post-parto, en Managua, en el Hospital Alemán Nicaragüense; sin embargo, hasta en el dos mil tres no existe estudios de utilización de oxitocina como parte del manejo activo del tercer período del trabajo de parto.

En el estudio que se hizo en el dos mil doce (2012) el uso de oxitocina en la conducción del trabajo de parto y la prevención de complicaciones materno fetales frecuentemente fue encontrado en pacientes de labor y parto el uso de oxitocina en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, durante el período de marzo a mayo del 2010 en el que se encontró relacionar la reducción de las hemorragias con el uso de oxitócico.

Otros estudios del Hospital Alemán Nicaragüense donde se describe las indicaciones en el uso de la oxitocina en la conducción de trabajo de parto de la sala de labor y parto en el último trimestre del 2008, siendo un estudio descriptivo de corte transversal cuyo propósito fue establecer si se cumplió con el protocolo de uso de oxitocina.

Lacayo I, Meza V febrero 2012 estudiaron uso de oxitocina en el tercer periodo de parto en mujeres atendidas en sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense que dio como conclusión que a todas las mujeres que ingresaron al HAN a labor y parto se le aplico oxitocina cumpliéndose con la norma. 4

Pizarro R, Plazaola M estudiaron uso de oxitocina en la conducción del trabajo de parto por las complicaciones materno fetales frecuentemente encontradas en pacientes atendidas en sala de labor y parto de Hospital Alemán Nicaragüense. 11

Del total de muertes maternas obstétricas directas registradas entre el 2005 y el 2008, el 36.1% fueron a causa de hemorragias, 18.3% al síndrome hipertensivo gestacional (SHG), 7.3% a las sepsis y 38.3 otras (parto obstruido, prolongado, aborto, etc.)

JUSTIFICACION

Unos de los acontecimientos más funestos lo constituye la muerte de una madre, no solo porque refleja las debilidades que está sujeto nuestro sistema de salud, sino por la catástrofe que significa para la familia (hijos huérfanos); en especial países como Nicaragua en donde la gran mayoría de pacientes atendidas en centros hospitalarios son madres solteras .Lo más curioso de las muertes maternas es que la mayoría de casos pueden ser evitables.¹⁰

En países latinoamericanos de forma general, las hemorragias post parto es una complicación que puede incrementar la morbimortalidad materna, lo cual se encuentra asociado a una mayor estancia intrahospitalaria, con el consiguiente incremento del costo.

La hemorragia post parto primera es causada por atonía uterina en el 80% de los casos. Otras etiologías corresponden a retención de placenta, especialmente por acretismo, la inversión uterina, defectos en la coagulación y traumas en el canal del parto. La hemorragia postparto secundaria puede explicarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación.⁸

La prevención de la hemorragia postparto así como la identificación de factores de riesgos asociados al parto por ejemplo, la pre eclampsia , embarazo múltiple , episiotomía, trabajo de parto prolongados entre otros : y su manejo han sido motivo de múltiples estudio de investigación, criterios de medicina basadas en la evidencia , revisiones bibliográficas mientras que aún no existe consenso sobre la distintas maniobras y fármacos utilizados antes una complicación como es la hemorragia puerperal, lo que lleva en muchos casos al uso irracional de medicamentos.¹⁰

Debemos considerar la hemorragia posparto, como una circunstancia que puede constituir una urgencia y a la vez una emergencia de modo tal que atendiéndonos a la definición estricta de estos hechos donde existe un alto peligro de perder un órgano y , tal vez , la vida , consideramos que es de vital importancia hacer una evaluación minuciosa de la aplicación del protocolo , con respecto a la aplicación de la normativa del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en pacientes cuyo parto fue vía vaginal . De manera que será posible aportar alternativas de cambios que puedan prevenir la ocurrencia de este evento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es un enorme problema de la salud pública a nivel mundial, siendo la hemorragia postparto la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad tanto en países desarrollados como en los países en vía de desarrollo.

La mayor parte de las muertes maternas ocurren dentro de las cuatro primeras horas posparto y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto. Es por eso que la proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, así como el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), y las acciones inmediatas cuando se presenta una hemorragia. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada; por eso uno de los puntos para la prevención de la hemorragia postparto es el empleo del Manejo Activo del Tercer Periodo de Parto. La mayor parte de las muertes maternas atribuidas a esta complicación son evitables, dado que existen intervenciones médicas efectivas demostradas como son: La administración de oxitocina inmediatamente después del parto, la extracción manual de la placenta, una intervención quirúrgica, transfusión sanguínea entre otras.

Es por eso que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cómo es el Nivel de aplicación del protocolo en la normativa del MATEP en la prevención de la Hemorragia postparto en pacientes cuyo parto fue vía vaginal en el HBCR en el primer semestre del 2014?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el cumplimiento en la aplicación del protocolo de la normativa del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en paciente cuyo parto fue vía vaginal en el HBCR en el primer semestre del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1-Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
- 2- Describir datos gineco-obstetrica de grupo de mujeres en estudio.
- 3-Verificar el cumplimiento del uso de la oxitocina.
- 4- Verificar el cumplimiento de la aplicación de la tracción y contra tracción del cordón umbilical.
- 5- Verificar el cumplimiento de masajes uterinos en las dos primeras horas postparto
- 6- Describir complicaciones asociadas al grupo de pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

Hemorragia posparto

Alrededor de medio millón de mujeres en todo el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Cerca de un cuarto de estas muertes son secundarias a hemorragia postparto, constituyéndose así en la causa más significativa de muertes maternas en todo el mundo. Se estima que ocurren 140.000 muertes por esta causa en todo el mundo cada año (una cada 4 minutos). La prevalencia aproximada es de 13%. En Colombia en el año 2006, la hemorragia postparto fue la segunda causa de muerte obstétrica después de los trastornos hipertensivos. Además de la muerte puede producir morbilidad materna grave y secuelas que incluyen coagulopatía, shock, pérdida de la fertilidad y necrosis hipofisaria.⁹

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año. ⁸

La hemorragia después del parto depende de hemorragia excesiva que va desde el sitio de implantación de la placenta, traumatismo del aparato genital y de estructuras adyacentes o ambas. La hemorragia posparto es una descripción de un suceso más que un diagnóstico y cuando se encuentra es necesario determinar la causa. ¹⁷

1. Definición

Se define hemorragia posparto (HPP) usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 ml o más en las primeras 24 horas luego del nacimiento del niño. Se considera que cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Algunos consideran 500 ml como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500 ml (casi 1000 para gemelar). También se acepta como definición la caída en 10% en los niveles de hematocrito.¹³

Tradicionalmente, la hemorragia posparto se ha definido como la pérdida de sangre de más de 500ml de sangre después que se completa la tercera etapa del trabajo de parto. Esto es poco razonable porque cerca de la mitad de las mujeres que dan a luz por vía vaginal pierde esa cantidad de sangre o más cuando se mide de manera cuantitativa. ¹⁷

Sin embargo el cálculo certero de estos volúmenes es difícil y tienden a subestimarse. Por esto se ha sugerido considerar hemorragia postparto al sangrado excesivo que hace a la

paciente sintomática (v.g. mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (v.g. taquicardia, hipotensión, oliguria). 10

Los síntomas fundamentales están dados por la hemorragia primero y la sepsis uterina después. Se quiere dejar claro el importante criterio médico de tratar el sangramiento y, simultáneamente, tratar con antibioticoterapia la infección. No son antibióticos preventivos, la indicación es terapia y es obligado el uso con rigor de antibacterianos. El útero no debe tener anomalías (útero doble o septo) y el músculo uterino debe estar apto para su función contráctil. No deben existir leiomiomas intramurales o submucosos capaces de interrumpir el triple gradiente descendente de la contracción uterina normal. 10

Es conocido que después del parto se liberan mayores cantidades de oxitocina endógena, lo que permite la máxima eficacia de las ligaduras vivientes de Pinard para su propia hemostasia. Se quiere aprovechar la ocasión de este tema para recordar que el canal del parto está diseñado para que su contenido se evacúe de adentro hacia fuera, a través del canal blando acodado en su extremo inferior, el cual se prolonga virtualmente en el espacio fuera de la mujer, es decir segmento inferior, cuello, vagina, vulva y periné. Por lo tanto, si es necesario intervenir o explorar de la vulva hacia dentro, hay que tener presente que los gérmenes habituales de la vulva y la vagina serán arrastrados hacia el útero y el endometrio.9

Los síntomas y signos ayudan a calcular las pérdidas hemáticas estimadas

Shock hemorrágico y pérdidas hemáticas en el embarazo			
Volumen perdido	Tensión arterial media	Síntomas y signos	Grado de shock
10-15% (500-1000 ml)	Normal	Palpitaciones, mareo, taquicardia	Compensado
15-25% (1000 -1500 ml)	Caída ligera	Debilidad, sudoración, taquicardia	Leve
25-35% (1500 – 2000 ml)	70 – 80 mmHg	Agitación, palidez, oliguria	Moderado
35-45% (2000-3000 ml)	50-70 mmHg	Colapso, dificultad respiratoria, anuria	Severo

Etiología

Atonía uterina: Es la causa más frecuente de hemorragia postparto, estimándose en un 80-90% de todas las hemorragias postparto. Casi siempre existe sobre distensión de la cavidad uterina, debido a múltiples causas (polihidramnios, gestación múltiple, fetos macrosómicos), o agotamiento del miometrio (parto excesivamente prolongado, o rápido, gran multiparidad), y casos de corioamnionitis (RPM prolongado y fiebre). Por esto es válido anotar, que “un útero vacío y bien contraído no sangra”.⁹

Trauma: Cuando se habla de traumas, se hace referencia a desgarros del canal genital, ruptura uterina e inversión uterina. Los desgarros, corresponden a la segunda causa de hemorragia postparto, después de la atonía uterina. Se presenta como una hemorragia activa, que deriva de un parto instrumentado o con episiotomía, los cuales deben repararse de inmediato. La ruptura uterina, se define como la pérdida de la integridad de las paredes del útero. El principal riesgo para que se presente la ruptura uterina es la presencia de una cicatriz en el útero, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria la más frecuente. Otros riesgos los representan los partos instrumentados por distocias, o la hiperestimulación uterina.⁹

Inversión uterina: Esta complicación es poco frecuente, y la causa se le atribuye a una excesiva tracción sobre el cordón umbilical y el fondo uterino (Maniobra de Credé), con el resultado de la salida del fondo uterino de la cavidad endometrial. Como factores de riesgo encontramos el acretismo placentario, y el manejo activo del alumbramiento.¹⁰

Retención de tejido placentario o coágulos: Existe la posibilidad que durante el alumbramiento, no se desprenda por completo la placenta y las membranas ovulares, encontrándolo más frecuentemente en las placentas ácreta, íncreta o pércreta, a pesar de ser poco frecuentes. Otro riesgo de retención de tejidos, son el aumento de cicatrices uterinas, debido a las adherencias que pueda generar.¹⁰

Trastornos de la coagulación: Corresponde a coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.

Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.

Adquiridas: preclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abrupcio placentae, sepsis. ¹⁴

Clasificación

La HPP puede ser clasificada en:

- 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.⁸

Se consideran las siguientes definiciones:

Parto normal: Es el de inicio espontáneo entre la semana 37 y 42 de la gestación, en presentación cefálica y de bajo riesgo al inicio del primer período, y que continúa así durante el segundo período y el alumbramiento. También se denomina así a la expulsión de un feto con un peso mayor de 2500 gramos.⁷

Primer período: Los signos de inicio del trabajo de parto son: contracciones dolorosas con cierta regularidad, borramiento o dilatación del cuello, pérdida de líquido amniótico y fluido hemático.⁷

Segundo período: Los signos de inicio del segundo período del parto son: sensación de urgencia, rotura (a menudo espontánea) de las membranas y dilatación completa. Finaliza con la expulsión del feto.⁷

Tercer período: Alumbramiento: Expulsión de placenta y membranas.⁷

CUADRO CLÍNICO.

Va a depender de la etiología y de la magnitud del sangrado. Recordemos que la atonía uterina y los desgarros del canal del parto son las causas más frecuentes.

ATONIA UTERINA

Existen una serie de factores que favorecen la aparición de la atonía uterina:

- Sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal).
- Falta de vacuidad uterina.
- Gran multiparidad.
- Trabajo de parto prolongado.
- Miomatosis.
- Parto precipitado.
- Manipulación uterina.
- DPPNI.

- Placenta previa
- Parto anterior con atonía.
- Uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados).
- Infección intramniótica.
- Feto muerto intraútero.
- Embolismo de líquido amniótico.

Diagnóstico

Generalmente, la atonía y la consecuente hemorragia, aparecen tras la expulsión placentaria, pero en ocasiones lo hacen más tardíamente. En estos casos suelen ser secundarias a retención de restos, pero también puede tratarse de atonía primaria.

DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO

Constituyen la segunda causa de hemorragia postparto. Suelen estar relacionados con partos instrumentales que lesionan el canal blando del parto, aunque pueden aparecer también en partos espontáneos muy rápidos, por macrosomía fetal o prolongación de episiotomía.⁴

El sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja y puede comenzar desde la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta, o tras el alumbramiento, con el que aunque el útero se contraiga persiste el sangrado. ⁴

Las laceraciones profundas pueden provocar la formación de un hematoma, a veces no palpable si se localiza sobre el diafragma urogenital, por lo que en este caso debe sospecharse ante la presencia de dolor pélvico acompañado de signos y síntomas de shock.

RETENCION DE TEJIDO PLACENTAREO

Puede encontrarse tono uterino disminuido o incluso normal, extracción de restos de membranas durante la exploración del canal del parto. En caso de acretismo no se produce el alumbramiento y no se encuentra plano de clivaje al intentar la extracción manual.

TROMBINA

Buen tono uterino, no se demuestran lesiones del canal del parto, ni retención de restos placentarios, se produce alumbramiento completo. Se sospecha cuando se han descartado las otras etiologías, la paciente tiene antecedente claro de coagulopatía o factores de riesgo para desarrollarla.¹⁴

Perdida sanguínea CC	%Vol. Sanguíneo	FC	PAS	Signos y síntomas
500-1000	10-15	<100	NORMAL	NINGUNO
1000-1500	15-25	100-120	LEVEMENTE DISMINUIDA	VASOCONSTRICCIÓN, DEBILIDAD, SUDORACIÓN
1500-2000	25-35	120-140	80-100	INTRANQUILIDAD, PALIDEZ, OLIGURIA
2000-3000	35-45	>140	60-80	ANURIA, ALT. ESTADO DE CONCIENCIA

Inversión uterina

El prolapso del fondo uterino a través del cérvix, exponiendo la cavidad endometrial, es una complicación rara (1/5000 partos) pudiendo presentarse de forma completa o más frecuentemente de forma parcial.¹¹

Los factores de riesgo incluyen: macrosomía fetal, placentación fúndica, anomalías uterinas, uso de oxitocina, primiparidad, atonía uterina y maniobras con tracción del cordón en el tercer periodo del parto, aunque en algunos casos, ocurre espontáneamente.

La presencia, junto a la hemorragia, de una masa haciendo protrusión en introito, vagina o en cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock excesivos para la cantidad de sangrado, son diagnósticos.

COMPLICACIONES

- Anemia.
- Shock hipovolémico.
- Endometritis.
- Sepsis.
- Infertilidad₈

Plan diagnóstico.

Va de la mano del enfoque etiológico y del manejo según el mismo, una vez se detecten pérdidas sanguíneas postparto que superen los límites establecidos de normalidad. Es muy útil realizar un enfoque teniendo en cuenta si la placenta fue o no expulsada y la nemotecnia de las 4T, así como tener presente las causas más frecuentes (la atonía uterina y los traumatismos del canal del parto producen el 90% de todas las hemorragias postparto, por lo cual siempre lo primero a examinar debe ser el tono uterino y la integridad del canal del parto).¹²

Plan terapéutico.

Inicia con la prevención, teniendo en cuenta que la mayoría de los episodios de hemorragia postparto ocurren en pacientes sin factores de riesgo identificados deben instaurarse medidas que nos ayuden a evitar la morbimortalidad secundaria a hemorragia postparto.(1) La principal medida que ha demostrado ser eficaz desde el punto de vista estadístico es la instauración del manejo activo del alumbramiento: reducción de pérdida sanguínea de 1Lt o más: (RR 0.33; 95% CI 0.21,0.51), uso de transfusión sanguínea: (RR 0.34; 95% CI 0.22, 0.53), uso de uterotónicos adicionales: (RR 0.20; 95% CI 0.17, 0.25). 3

Las medidas generales (ABC de la hemorragia postparto) incluyen:

- A: ASSESSMENT: Evaluación constante del estado hemodinámico de la paciente (monitoreo de signos vitales y diuresis) y establecer la etiología del sangrado (De ser necesario traslado a quirófano para mejor exploración)
- B: BREATHING: Suplementación de oxígeno (5lt/min por máscara facial)
- C: CIRCULATION: Adecuado acceso venoso (canalizar dos venas periféricas con catéter número 16-18), reposición de pérdidas estimadas (cristaloides o hemoderivados). Los cristaloides se reponen 3:1 y los glóbulos rojos empacados 1:1 3

Prevención de la hemorragia postparto

Una revisión sistemática de Cochrane muestra que el manejo activo del alumbramiento es superior al manejo expectante en términos de pérdidas hemáticas, hemorragia postparto, anemia postparto y necesidad de transfusión. Por lo tanto el manejo activo debe ser aplicado de rutina para el tercer periodo a nivel institucional.

El manejo activo del tercer periodo del parto consiste en intervenciones designadas a facilitar el alumbramiento de la placenta incrementando las contracciones uterinas y previniendo la hemorragia postparto por atonía uterina. Incluye: administración de uterotónicos, tracción controlada del cordón y masaje uterino después del alumbramiento de la placenta si se requiere.

MATEP

El MATEP que significa manejo activo del alumbramiento, reduce el tiempo del tercer periodo del parto al mismo tiempo evita pérdida de sangre, por lo tanto se recomienda aplicar a toda paciente en parto. Definición FIGO/ICM =1 minuto 3

En las cinco pruebas aleatorias controladas que se analizaron en el estudio Cochrane, las definiciones incluyen el uso de un medicamento uterotónico (oxitocina, ergometrina, una de ella o ambas) inmediatamente después de que nazca el feto, la tracción controlada del

cordón y la sujeción y corte temprano del cordón. La definición que promueve FIGO/ICM incluye el uso de un uterotónico inmediatamente después del parto, la tracción controlada del cordón, el masaje fundamental inmediatamente después de que salga la placenta, seguido de palpación del útero cada 15 minutos por dos horas post parto para evaluar la necesidad de seguir con el masaje. 3

La definición actualizada de ICM/FIGO retiró la sujeción inmediata del cordón en base a investigaciones que indican que retrasar la sujeción del cordón es beneficioso para los bebés que nacen antes de término (y probablemente también para los que nacen a término, y en base a preocupaciones expresadas por neonatólogos y pediatras. 3

Cabe señalar que hasta la fecha, ningún estudio ha investigado el efecto de los aportes de los componentes individuales de MATEP.

El tercer periodo es normal si se observan los signos de desprendimiento de la placenta los cuales comienzan a aparecer posterior al nacimiento del bebé, La mujer siente fuertes contracciones uterinas, similares en intensidad y frecuencia menores a las del parto, indoloras al inicio, pero luego dolorosas lo que indica el desprendimiento placentario. 7

Signos:

- El útero se ubica a nivel umbilical por unos momentos (ascenso del cuerpo uterino empujado por la placenta y el hematoma retroplacentario), y luego está a unos 2 cms por debajo del ombligo (producto de la salida de la placenta a la vagina), posterior a la expulsión el útero tiene consistencia leñosa.
- Hay salida de sangre de los genitales entre 300 y 500 ml., siendo a veces un poco mayor en las multíparas. Esta se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae.
- Hay descenso de la pinza colocada en el cordón umbilical.
- Hay ausencia del ascenso del cordón por la vagina al elevar el útero sobre el pubis a través de la pared abdominal. 7

Cuidados materno-fetales

- Vigilar cara y signos vitales de la parturienta.
- Vigilar la pérdida sanguínea.
- Actuar para recibir la salida de la placenta, retorcerla sobre su eje o sostenerla en las manos al mismo tiempo que se trata de elevar el útero sobre el pubis (alumbamiento natural).
- Vigilar constitución de globo de seguridad de Pinard que es el signo de garantía de hemostasia perfecta.
- Realizar cuidadosa revisión de placenta y membranas, de éstas últimas caracterizar su integridad en extensión y espesor.7
- NO ABANDONAR A LA PARTURIENTA HASTA TRANSCURRIDO UN PLAZO DE 2 HORAS.

Manejo Activo: Tercer Período del parto

El manejo activo (expulsión activa de la placenta) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto. Reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su no utilización.⁷

En el manejo activo se incluye:

- La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina intramuscular.
- El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento.
- La tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- El masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta.⁷

Administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM.

• Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.⁷

• Aplicación de 10 UI de Oxitocina IM, inmediatamente después del nacimiento del bebé (en el primer minuto), pero antes del nacimiento de la placenta, aun cuando se ha utilizado Oxitocina para inducto-conducción.⁷

• Para este fin, al preparar el equipo de atención de partos, debe servirse también una jeringa descartable cargada con las 10 UI de Oxitocina. El sitio de aplicación puede ser en el brazo (músculo deltoides), si hubiese otro recurso de salud que lo esté apoyando, o con mayor frecuencia en el muslo (particularmente cuando se encuentra atendiendo el parto solo/a).⁷

• La Oxitocina se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de Oxitocina, administre Ergometrina 0.2 Mg. IM o Prostaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé.⁷

• **No administrar** Ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

Tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.

- Se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina.

- Cortamos el cordón umbilical cerca del periné y lo sostenemos con una mano.
- Coloque la otra mano encima del pubis y estabilizamos el útero aplicando contra tracción durante toda la tracción.
- Mantengamos una tensión suave del cordón hasta la aparición de una contracción, cuando esto ocurra traccionemos firmemente el cordón hasta lograr la expulsión de la placenta si no desciende durante 30-40 segundos de TCC no continúe y espere una nueva contracción.
- Cuando se expulse la placenta las membranas se pueden romper entonces sosténgala entre sus dos manos y suavemente rótelas hasta que las membranas se desprendan.

• Correcta TCC = tracción al cordón, más apoyo manual al útero (Contra tracción)⁷

Masaje uterino

- Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina.
- Inmediatamente se da masaje en el fondo uterino a través de la pared abdominal
- Repetimos el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas
- Asegúrese de que el útero no se torne flácido al terminar el masaje.⁷

Masaje correcto: masaje inmediato tras la salida de la placenta, mas palpación continúa cada 15 minutos durante las siguientes 2 horas.

Revisión del canal del parto

- Realice examen sistemático sin excepción del canal del parto, provisto de guantes estériles y utilice una pinza Forester para retirar cualquier trozo de membrana retenida.
- Segmento uterino inferior.
- Cérvix: Con pinzas de Forester en toda su extensión.
- Vagina: Paredes anterior, posterior y laterales derecha e izquierda.
- Genitales externos: Vulva y Periné.
- Examine cuidadosamente y repare cualquier desgarró antes de realizar la episiorrafia.⁷

Duración del Tercer periodo Usando Manejo Activo

La mayoría de las placentas se desprenden en 6 minutos

Tiempo mínimo = 2 minutos

Más de 18 minutos = riesgo significativo de HPP

Más de 30 minutos = riesgo de HPP es 6 veces mayor

Manejo activo: ventajas y desventajas

Ventajas

- Disminuye la duración del tercer período
- Disminuye el riesgo de hemorragia postparto

Desventajas

- Requiere oxitócicos e insumos para inyección
- Requiere asistente de parto adiestrado en:
 - Técnicas de observación
 - Administración de inyecciones
 - Tracción controlada del cordón

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El presente estudio que se realizó es de tipo Descriptivo de corte Transversal.

Área de Estudios

El estudio se realizó en el servicio de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque ubicado en el distrito III del departamento de Managua, Nicaragua en el primer semestre del 2014

Universo

La población de estudio fueron las mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón en las que se utiliza el MATEP.

Muestra

Nuestra muestra estuvo constituida por 150 mujeres atendidas en el HBC cuyo parto fue vía vaginal.

Tipo de muestra: No aleatoria por conveniencia

Criterios de inclusión

Que los expedientes estén completos para el estudio

Criterios de exclusión

Todos los expedientes que no estén completos para el estudio

Muestra y muestreo:

Se tomó muestra de los expedientes de las pacientes las cuales ingresaron a sala de labor y parto y cumplieron con la normativa del MATEP. Dichos expedientes fueron elegidos mediante muestreo no aleatorio por conveniencia utilizando las listas proporcionadas por el hospital.

Técnicas e instrumentos para recoger la información

- **Recolección:**

Para recoger la información se elaboró una ficha con preguntas cerradas y abiertas que consta de varias partes: primera parte datos de identificación y características socio-demográficas de la paciente, luego los datos sobre los antecedentes obstétricos, la tercera parte está formada por el cumplimiento tanto de la tracción contracción y del masaje uterino y las diferentes complicaciones obstétricas que presentaron la mujeres durante o después del parto.

- **Método e instrumento para Análisis de la información:**

Los datos se procesaron formando tablas de frecuencia de las variables, dichas frecuencias serán utilizadas para determinar la buena aplicación del protocolo en las pacientes en estudio.

Se presentaran los datos recolectados a través de tablas y gráficos realizados en el programa de EXCEL, los datos obtenidos del instrumento de recolección, se introdujeron al programa Excel para tener cifras absolutas y porcentajes en columnas de acuerdo al tipo de variable y se presentarán a través de una presentación de Power Point.

Aspectos Éticos.

En el presente estudio se conservó la confidencialidad de los datos encontrados en el expediente, haciendo uso discreto de los mismos solo para los fines del estudio, con el objetivo de brindar recomendaciones sobre el buen cumplimiento de la normativa del MATEP en la población estudiada.

Plan de tabulación

Se realizó el plan de tabulación por el programa de Microsoft Excel.

VARIABLES

Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de la población en estudio.

1. Edad
2. Escolaridad
3. Estado civil
4. Ocupación
Procedencia
5. Religión

Objetivo 2: Describir los datos gineco-obstetricos del grupo de mujeres en estudio.

1. Gestas
2. Paridad
3. Abortos
4. Legrados
5. C.P.N.
6. S.G
7. Patologías medicas asociadas al embarazo
8. Parto conducido

Objetivo 3: Verificar el cumplimiento del uso de oxitocina

1. Cumplimiento del uso de oxitocina

Objetivo 4: Verificar el cumplimiento en la aplicación de la tracción y contra tracción del cordón.

1. Cumplimiento de tracción y contra tracción del cordón

Objetivo 5: Verificar el cumplimiento de masaje uterino en las dos primeras horas postparto.

1. Cumplimiento del masaje uterino
2. Quien hizo el masaje

Objetivo 6: Describir las complicaciones asociadas al manejo del tercer periodo del parto.

1. Complicaciones

Subvariables...

1. Hemorragia postparto
2. Retención de restos placentarios
3. Atonía uterina
4. Desgarros del cuello o canal del parto
5. Ruptura uterina
6. Inversión uterina

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento de la captación de la paciente	Años	14-19 20-24 25-34 35 a mas
Escolaridad	Nivel de académico alcanzado hasta el momento de su ingreso	Según el expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
Estado civil	Situación con que se encuentra esa persona frente a la sociedad	Según expediente	Soltera Acompañada Casada Divorciada
Ocupación	Profesión u oficio en que se desarrolla una persona	Perfil	Ama de casa Empleada Estudiante
Procedencia	Dirección de residencia actual de la embarazada	Según Expediente	Urbano Rural
Gesta	Número de veces que la paciente refirió haber estado embarazada	Expediente	Primigesta(1) Bigesta (2) Trigestara (3) Multigesta (4 o más)
Paridad	Numero de parto de la gestante antes del embarazo actual	Expediente	Primípara (1) Multípara(2 o más)

Aborto	Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o producto con peso menor de 500gr	Expediente	0 1 2 3 o mas
Legrado	Operación quirúrgica que consiste en raspar la superficie de ciertos tejidos, para eliminar sustancias adheridas o para obtener muestras del tejido	Expediente	0 1 2 3 o mas
C.P.N	Control prenatal	Expedientes	0 1-3 4 o mas
S.G	Semana de gestación	Expediente	Pre termino Termino Post termino
Patología medicas asociadas	Enfermedad que ponen en riesgo a las embarazadas	Expediente	SI NO
Parto conducido	Si se utilizó otro medio para que se diera el parto	Expediente	SI NO
Oxitocina	Cantidad de oxitocina	Dosis y vía de administración	10U IM 20U IM

	aplicada y vía por la cual se administro		20U en 1000cc SSN IV
Tracción contra tracción	Tracción del cordón más apoyo manual del útero(contra tracción)	Expediente clínico	Si No
Masaje uterino	Masaje inmediato tras la salida de la placenta, mas cada 15 min por las 2 primeras horas postparto	Expediente clínico	Si No
Quien hizo el masaje	Persona que participo en el masaje uterino	Expediente	Médicos Estudiantes Enfermeros Familiares
Complicaciones	Se considera complicaciones a la presencia de un estado no deseado y/o inesperado en la evolución prevista.	Expediente clínico	Alumbramiento incompleto Inversión uterina Atonía uterina Desgarro del canal Ruptura del cordón Hemorragia

RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuyo título es “Nivel de aplicación del protocolo en la prevención en la normativa del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en pacientes cuyo parto fue vía vaginal en el primer semestre del 2014”.

El universo fue conformada por 150 pacientes, los cuales son igual a la muestra.

A continuación se detallan los resultados de este estudio.

1. En relación a los grupos etareo, la población en estudios se distribuyó de la siguiente manera, el grupo de 14 a 19 con 60 casos (40%), el grupo de 20 a 24 con 47 casos (31.3%), el grupo de 25 a 34 con 43 casos (28.6%), el grupo de mayores de 35 con 0 casos (0%). Ver tabla No. 1
2. En referencia al nivel de escolaridad, se encontró que 3 de las mujeres en estudio no tenían ningún grado de escolaridad (2%), 26 de ellas correspondieron a nivel de primaria (17.3%), de nivel secundaria encontramos 113 (75.3%), y solo 8 de ellas llegaron a la universidad (5.3%). Ver tabla No. 1
3. En cuanto al estado civil, 15 de ellas eran soltera (10%), acompañada fueron 106 (70.6%), y 29 de ellas estaban casadas (19.3%). Ver tabla No. 1
4. En relación a la ocupación tenemos que 134 eran ama de casa (89.3%), 3 de ellas eran domesticas (2%), 11 mujeres eran estudiantes (7.3%) y profesionales fueron 2 (1.3%). ver tabla No. 1
5. La procedencia estuvo distribuida de la siguiente manera: 144 de las pacientes eran del área urbana (96%), y las 6 restantes eran del área rural (4%). Ver tabla No.1
6. En referencia al número de gestaciones de las pacientes encontramos que: 83 era primigestas (55.3%), bigestas encontramos 34 (22.6%), 21 de las pacientes presentaban el tercer embarazo (14 %), y multigestas fueron 12 (8%). Ver tabla No 2a.
7. El número de paridad estuvo distribuido así: 108 de ellas eran primíparas (72%), y 42 de ellas tuvieron uno o más parto previo (28%). Ver tabla No. 2a
8. En cuanto al número de abortos encontramos que 143 de las pacientes estudiadas no habían tenido ningún aborto previo (95.3%), 6 de ellas habían tenido 1 aborto (4%), más de un aborto 1 paciente (0.6%). Ver tabla No. 2a
9. El número de controles prenatales estuvo exteriorizado así: 20 de las pacientes no se habían realizado ningún control prenatal (13.3%), 37 se realizaron de 1 a 3

controles (24.6%), y 93 de ellas se realizaron 4 o más controles (61.9%). Ver tabla No. 2b

10. En concordancia a la edad gestacional de las mujeres en estudio, se encontró que 8 de las pacientes tenían una edad gestacional menor de 37 semanas (5.3%), 135 de ellas tenían entre 37 a 41 semanas de gestación (90%), y las 7 sobrantes tenían más de 41 semanas (4.6%). Ver tabla No. 2b
11. Los antecedentes personales patológicos de las mujeres en estudio tenemos que 122 de las pacientes no tenían antecedentes (81.3%); solo 28 de las pacientes en estudio presentaron patologías (18.6%), de las cuales 16 de ellas presentaron ruptura prematura de membrana (57.1%), 9 pacientes presentaron síndrome hipertensivo asociado al embarazo (32.1%), y 3 de ellas presentaron infecciones de vías urinaria (10.7%). Ver tabla No. 2b
12. En relación así el parto fue conducido encontramos que: 46 de los casos fueron conducidos (30.6%), y 104 de las pacientes su parto fue sin conducción (69.3%). Ver tabla No. 2b
13. En el cumplimiento de la aplicación de oxitocina tenemos que las 150 pacientes atendidas se la aplico la dosis (100%). Ver tabla No. 3
14. En cuanto al cumplimiento de la tracción contra tracción uterina 150 de las pacientes en estudio se le realizo (100%). Ver tabla No. 4
15. En cuanto a la realización del masaje uterino se le realizo a 150 de las pacientes en estudio (100%). Ver tabla No. 5
16. En referencia a quien realizo el masaje uterino encontramos lo siguiente: 24 fueron realizado por médicos (16%), 73 fueron realizado por estudiantes (48.6%), 13 fueron realizados por enfermeros (8.6%), y 40 de las pacientes el masaje fueron realizadas por los familiares (26.6%). Ver tabla 6
17. En relación de las complicaciones asociadas al parto fueron 45 de las pacientes (30%), de las cuales las más comunes fueron: desgarro de cuello o canal del parto fueron 39 (86.6%), alumbramiento incompleto 2 (4.4%), atonía uterina 4 (8.8%). Ver tabla No. 7
18. En relación a las paciente que presentaron hemorragia la cantidad de sangre perdida tenemos que: 1 pacientes perdió 500 ml (25%), y 3 pacientes perdieron sangre ente 500 a 1000 ml (75%); y de acuerdo al manejo 4 pacientes fueron manejadas con líquidos (100%), y 2 de las pacientes fueron manejadas con sangre (50%). Ver tabla No. 8

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Al analizar la edad de las pacientes en estudio encontramos que el grupo etáreo que predominó está entre el rango de edades de 14 a 19 años dato que según el estudio titulado "Uso de oxitocina en el tercer periodo de parto en mujeres atendidas en sala de labor y parto de un hospital de Managua" cómo fue el Hospital Alemán Nicaragüense encontramos que la edad concuerda con el rango antes estudiado, de tal manera que se puede reflejar el alto índice de embarazos en adolescentes que existe en nuestro país debido a que la población femenina está iniciando sus prácticas sexuales a menor edad resultando estos en embarazos no deseados por falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar o debido al poco interés por parte de la usuaria, lo que influye en embarazos tempranos y que solo por la edad esto constituyen embarazos de muy alto riesgo de presentar complicaciones obstétricas como la hemorragia posparto.

El nivel de escolaridad de la mayoría de las mujeres en nuestro estudio fue la secundaria, seguido del nivel primaria, y solo un pequeño porcentaje lograron alcanzar el nivel universitario; esto nos remarca la importancia que reviste el grado de escolaridad como factor asociados al alto nivel de embarazos en adolescentes así como muchas complicaciones que están relacionadas con el embarazo como es la hemorragia posparto, la cual se manifiesta en la educación que recibe cada paciente y en la manera en que se hacen responsables.

El estado civil que predominó en nuestro estudio fueron las mujeres acompañadas seguidas de las casadas y solteras, podemos ver nuevamente que las mujeres en unión libre forman uno de los pilares en la sociedad moderna lo cual en algunos casos enmascara la soledad y falta de apoyo por parte de la pareja, puesto que no basta con el simple hecho de decir que está acompañada, sino en el verdadero ímpetu de solidaridad por parte del hombre como es en el cuidado del embarazo y puerperio inmediato que es donde se debe guardar mayor vigilancia tanto médica como parte del conyugue o de algún familiar para así prevenir complicaciones.

La procedencia con mayor porcentaje que encontramos en nuestro estudio es la urbana mientras que un pequeño porcentaje eran de procedencia rural. El factor lejanía ha sido renombrado en diferentes encuestas y estudios alusivos al nuestro, como importante factor en la prevalencia de hemorragia posparto, así como de numerosas condiciones que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada.

En relación entre las gestas el grupo que prevalecieron fueron las primigestas que está en relación directa con la edad seguido de la bigesta, las trigestas y en cuarto lugar las multigestas. En muchas literaturas se ha descrito que el mayor número de embarazo previo así como la condición de primigesta aumentan el riesgo de HPP y otras complicaciones durante el parto.

De la población en estudio encontramos que la mayoría de las pacientes era su primer parto caso que al igual que la gestación están asociados al hecho de que las mujeres que experimentan por primera vez este momento importante de su vida no tienen la experiencia ni el conocimiento suficiente para colaborar con el personal médico que atiende el parto apareciendo así las complicaciones.

El antecedente de aborto en nuestro estudio estuvo enmarcado en aquellas pacientes que no tuvieron abortos previos seguido de las que tuvieron uno o más; se puede señalar que la condición de aborto u óbito es un ingrediente inherente de HPP, sin embargo en nuestro estudio tal condición no fue directamente proporcional.

Es importante enfatizar en los aspectos de calidad en cada CPN ya que constituye un componente importante para poder identificar de forma óptima hallazgos encontrados y así poder realizar intervenciones de atención inmediata. En nuestros resultados se encontró que solo 93 pacientes tenían más de 4 CPN seguidas de 37 que tenían de 1 – 3 CPN y que 20 de las pacientes en estudio no presentaban ningún control, esto representa un alto porcentaje de presentar problemas antes, durante o después del parto ya que la misma paciente al no acudir a sus controles desconoce el riesgo que esta puede presentar al momento del parto ya que dichos factores de riesgos se pueden potencializar al momento del parto y conllevar a complicaciones.

En la edad gestacional la mayoría de las pacientes de nuestro estudio estuvo comprendida entre las 37 y 41 SG, seguido de las que tenían menos de 37SG y mayores de 41 SG de tal manera que se puede relacionar basándonos en descubrimientos que debemos estar alertas ante una mujer con edad gestacional mayor de 40 SG, sobre todo 41.

En los antecedentes patológicos asociadas al embarazo solo un 18.6% de las pacientes en estudio presentaban por lo menos una complicación ; entre las cuales figuraron RPM siendo las más frecuentes, seguida de síndrome hipertensivo gestacional e IVU; esto fue debido a que la mayoría de las pacientes presentaron sus controles prenatales y solo un pequeño porcentaje de las pacientes no se realizaron los controles lo que puede conllevar a que no se haya detectado complicaciones obstétricas y prevenir las mismas.

Con respecto al cumplimiento del uso de oxitocina; tenemos que a todas las pacientes en estudio se les aplicó una dosis, tomando en cuenta los diferentes criterios para su uso según lo establecido en los protocolos del MINSA y solo a 14 de las paciente se le aplicó una segunda dosis pero por vía hemática con 1000cc de SSN0.9% más 20UI de oxitocina esto fue debido a que un porcentaje de las pacientes presentó complicaciones posterior al parto entre las cuales figuran con mayor frecuencia los desgarros del canal siendo estos las segunda causa de hemorragia postparto seguido de la atonía uterina que es la primera causa de HPP.

A todas las pacientes se le realizó la tracción y contra tracción del cordón umbilical durante el alumbramiento placentario y de igual forma con la realización de los masajes uterinos cumpliéndose lo establecido en la norma.

Al relacionar la variable edad y paridad encontramos que la mayoría de las pacientes son primíparas con edades entre 14-19 años, dichos resultados están relacionados con el grado de aprendizaje de las mujeres entre esas edades que son bajas, además que no tienen el grado de experiencia adecuado y son jóvenes con poca o ninguna experiencia por lo cual no toman protección, no planifican o sus parejas no dejan que usen ningún tipo de protección, con estos datos se concuerda que las primigestas adolescentes son las pacientes con mayor riesgo de presentar complicaciones en el parto.

Se ha normalizado la utilización del uso del MATEP por el ministerio de salud en los partos, ya que se ha convenido una estrategia positiva para la disminución de los casos de HPP ya que en un 90% se logra prevenir hemorragia en ese periodo y además es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto. En nuestro estudio encontramos que a todas las mujeres se les realizó el MATEP cumpliendo así con lo normado en el protocolo del MINSA y siendo este la única estrategia para prevenir complicaciones.

CONCLUSIONES

1. En relación a los datos sociodemográficos, del grupo de mujeres en estudio encontramos predominio en el grupo de adolescentes, con nivel de escolaridad baja, secundaria incompleta, estado civil acompañado, amas de casa en su mayoría y de procedencia urbana.
2. En relación a los datos gineco-obstetricos, el grupo de mujeres en estudio, encontramos que en su en su mayoría fueron primigesta-primiparas, pocas con antecedentes de abortos, la mayoría de ellas presentaron CPN y la mayoría de los partos cumplían con las semanas de gestación aptas y solo un pequeño porcentaje de partos fueron conducidos.
3. A todas las pacientes ingresadas en labor y parto del HBCR se les aplico oxitocina en el tercer periodo cumpliendo con la normativa del protocolo del MATEP.
4. El cumplimiento de la tracción contra tracción del cordón umbilical fue llevada a cabo en su totalidad.
5. El cumplimiento de los masajes uterinos en las dos primeras horas se cumplieron en su totalidad.
6. A las pacientes que se les aplico una dosis mayor de oxitocina en su mayoría presentaban alguna indicación para utilizar dosis mayores delas mismas.
7. La vía mayormente utilizada para la aplicación de oxitocina fue intramuscular; sin embargo se encontraron casos en los que se utilizaron dos vías en la misma paciente.
8. Las complicaciones más frecuente encontradas fue desgarros del canal del parto, seguido de la hemorragia postparto a causa de la atonía uterina, y solo se presentó un pequeño porcentaje de retención de restos de placentas.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones para el personal

Escribir con letra legible en expediente clínico.

Recomendaciones a la dirección de docencia del HBCR

Que haya reproducción y distribución de material bibliográfico, protocolo del MINSA en la sala de labor y parto para que sean utilizados como instrumentos de consulta o docencia por todos los recursos que trabajan en esta área que están relacionadas a labor y parto, especialmente para los estudiantes de medicina y enfermería.

Que el personal médico y paramédico involucrado en la atención directa del parto, que sigan realizando la estrategia del MATEP, como han venido haciendo en la prevención de la hemorragia postparto.

A las jefaturas de turno, que incluyan médicos de base, acompañar de forma directa y permanente la atención del parto, clasificando esta atención de acuerdo al riesgo para hacer una atención del parto con calidad

Que en la sala partos y operaciones se establezca por los jefes del servicio una evaluación permanente sobre el cumplimiento del protocolo en la prevención de la hemorragia posparto.

Promover charlas educativas sobre salud sexual y reproductiva especialmente a las adolescentes en los diferentes niveles de atención que contribuyan a una sexualidad responsable.

BIBLIOGRAFIA

1. **Bais JM, EskesM, Pel M, et al. (2004):** Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on standard (500ml) and severe (1000) postpartum haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 115: 166-172.
2. **Combs CA, Murphy EL, Iaros RK, (1991),** Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol.* 69-76.
3. **International Journal of Gynecology & Obstetrics 54- 1996.** [Publicación periodica]//www.journal.elsevier.com/internationaljournalofgynecology&obstetrics_
4. **Lacayo I, Meza V** uso de oxitocina en el tercer periodo de parto en mujeres atendidas en sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, febrero 2012
5. **Magann EF, Evans S, Hutchinson M, et al. (2005),;** postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *South Med J.* 419-422.
6. **Magann EF, Evans S , Chauhan SP , et al .(2005);** The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage . *Obstet Gynecol* 105:290-293
7. **Minsa-Nicaragua Normativa - 011** Normativa - 011 [Publicación periódica] // Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido, y puerperio de bajo riesgo.. - 2008.
8. **Minsa-Nicaragua Normativa - 109** Normativa -109 [Publicación periódica] // Normas y protocolos para la atención de complicaciones obstetricas. - 2013.
9. **Organización mundial de la salud, (1991)** Maternal Mortality: A Global Factbook (Mortalidad Materna: libro de datos globales). Ginebra.
10. **Pizarro R, Plazaola M** uso de oxitocina en la conducción del trabajo de parto por las complicaciones materno fetales frecuentemente encontradas en pacientes atendidas en sala de labor y parto de Hospital Alemán Nicaragüense.
11. **Rafael Calvo C. E.S.E Clinica de maternidad.** Manejo de la hemorragia posparto E.S.E clinica de maternidad Rafael Calvo C.
12. **Revista peruana de ginecología y obstetricia.** *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008;54:233-243

13. **schwarcz obstetricia de** obstetricia de schwarcz 6ta edicion [Libro].
14. **SEGO Fundamentos de Obstetricia** Fundamentos de Obstetricia SEGO [Publicación periódica]. - 2007.
15. **Vademécum** [Publicación periódica] // Vidal/ Vademécum Spain.es.....www.vademecum.es.
16. **Van Dongen PW. Van Roosmalen J, De Boer CN, et al. (1991)** Oxytocics for the precention of post-partum haemorrhage. A review. Pharm Weekbl Sci,: 13 : 238-243.
17. **Williams obstetricia de** obstetricia de williams 22va edición [Libro]

ANEXOS

ANEXOS

Tablas

Cuadro número 1: Características socio-demográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón en el primer semestre del 2014 en las cuales se constatará la aplicación del protocolo del MATEP

N= 150

	Numero	%
Edad		
14-19 años	60	40
20-24 años	47	31.33
25-34 años	43	28.66
Total	150	100
Escolaridad		
Secundaria	113	75.3
Primaria	26	17.3
Universitaria	8	5.3
Analfabeta	3	2
Total	150	100
Estado civil		
Acompañada	106	70.6
Casada	29	19.3
Soltera	15	10
Total	150	100
Ocupación		
Ama de casa	134	89.3
Estudiante	11	7.3
Domestica	3	2
Profesional	2	1.3
Total	150	100
Procedencia		
Urbana	144	96
Rural	6	4
Total	150	100

Fuente: ficha de recolección

Cuadro número 2a: Datos ginecoobstetricos en las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón en el primer semestre del 2014.

N= 150

Datos ginecoobstetricos	Número	%
Gesta		
Primigesta	83	55.3
Bigesta	34	22.6
Trigesta	21	14
Multigesta	12	8
Total	150	100
Paridad		
Primipara	108	72
Multipara	42	28
Total	150	100
Abortos		
Cero	143	95.3
Uno	6	4
Dos	1	0.6
Tres o más	0	0
Total	150	100
Legrado		
Cero	143	95.3
Uno	6	4
Dos	1	06
Tres o mas	0	0
Total	150	100

Fuente: ficha de recolección

Cuadro número 2b: Datos ginecoobstetricos en las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón en el primer semestre del 2014.

N= 150

CPN		
Cero	20	13.3
1 a 3	37	24.6
4 o mas	93	61.9
Total	150	100
S.G		
Pretermino	8	5.3
Termino	135	90
Posttermino	7	4.6
Total	150	100
patologías médicas asociadas		
No	122	81.3
Si	28	18.6
Total	150	100
Cuales patologías		
RPM	16	57.1
SHG	9	32.1
IVU	3	10.7
Parto conducido		
No	104	69.3
si	46	30.6
Total	150	100

Fuente: ficha de recolección

Cuadro número 3: cumplimiento del uso de la oxitocina de acuerdo con el protocolo MATEP a las mujeres atendidas en Hospital Bertha Calderón en el primer semestre del 2014.

N=150

Aplicación de oxitocina	Número	%
Unidades Internacionales		
10 UI	150	100
20 UI en 1000CC SSN	14	9.3
Total	150	100
Vía Administración		
Intramuscular	150	100
Intravenosa	14	9.3
Total	150	100

Fuente: ficha de recolección

Cuadro número 4: cumplimiento de la tracción contra tracción del cordón en las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2014.

N=150

Cumplimiento de la tracción contra tracción	Numero	%
Si	150	100
Total	150	100

Fuente: ficha de recolección

Cuadro número 5: Cumplimiento del masaje uterino de acuerdo al protocolo MATEP en las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2014.

N=150

Cumplimiento del masaje uterino	Numero	%
Si	150	100
Total	150	100

Fuente: ficha de recolección

Cuadro número 6: Quien realizo el masaje uterino en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2014

N=150

Quien realiza el masaje uterino	Número	%
Estudiantes	73	48.6
Familiares	40	26.6
Médicos	24	16
Enfermeros	13	8.6
Total	150	100

Fuente: ficha de recolección

Cuadro número 7: Aplicación de protocolo MATEP en las pacientes cuyo parto presentaron complicaciones obstétricas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre 2014.

N=150

Complicaciones	Numero	%
Desgarro de cuello o canal del parto	39	86.6
Atonía uterina	4	8.8
Alumbramiento incompleto	2	4.4
Total	45	100

Fuente: ficha de recolección

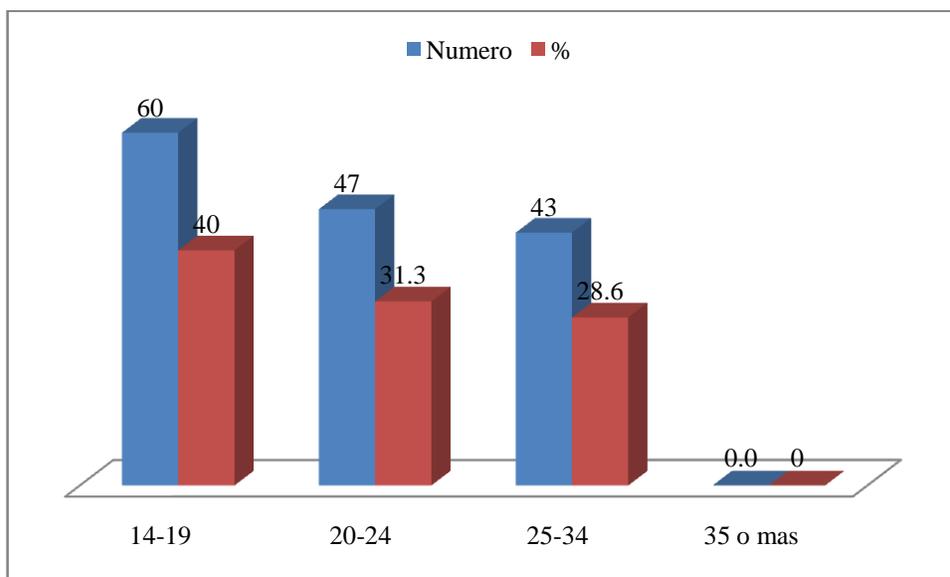
Cuadro numero 8: Cantidad de sangre perdida y manejo en los casos que presentaron Hemorragia posterior al parto

N=150

Cantidad de sangre perdida	Numero	%
500 -1000ml	3	75
500 ml	1	25
Total	4	100
Manejo		
Manejo con líquidos	4	100
Manejo con sangre	2	50
Total	4	100

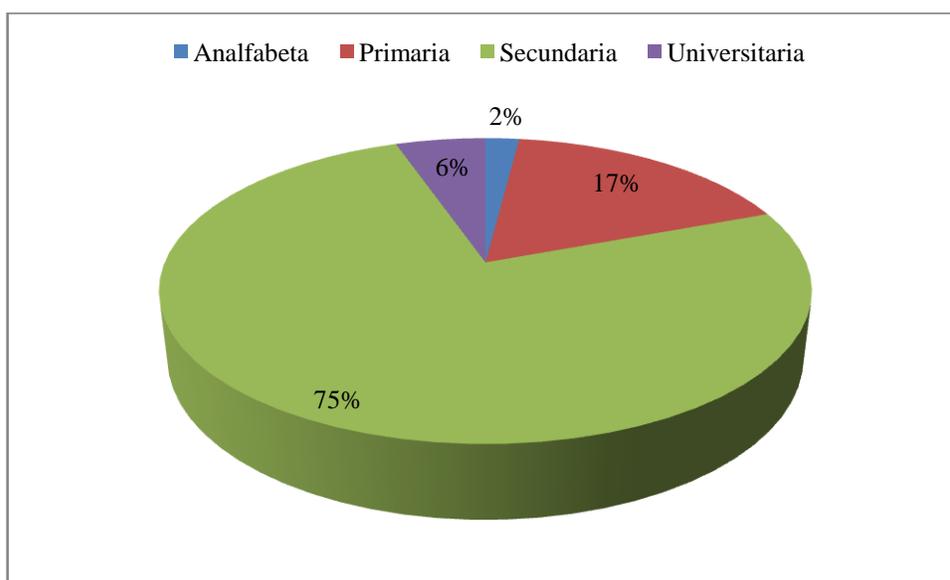
Fuente: ficha de recolección

Edad de grupos de mujeres en estudio



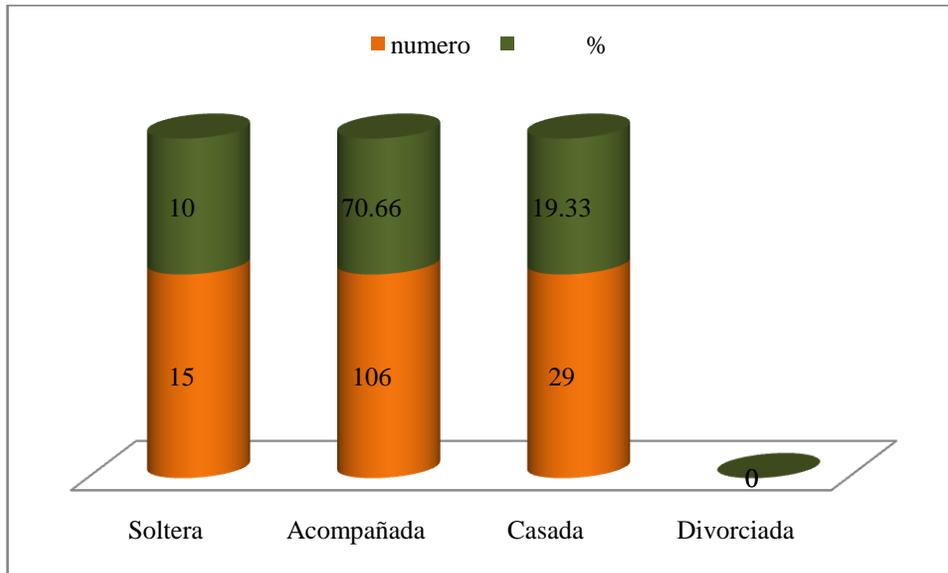
Fuente. Tabla No. 1

Escolaridad del grupo de mujeres en estudio



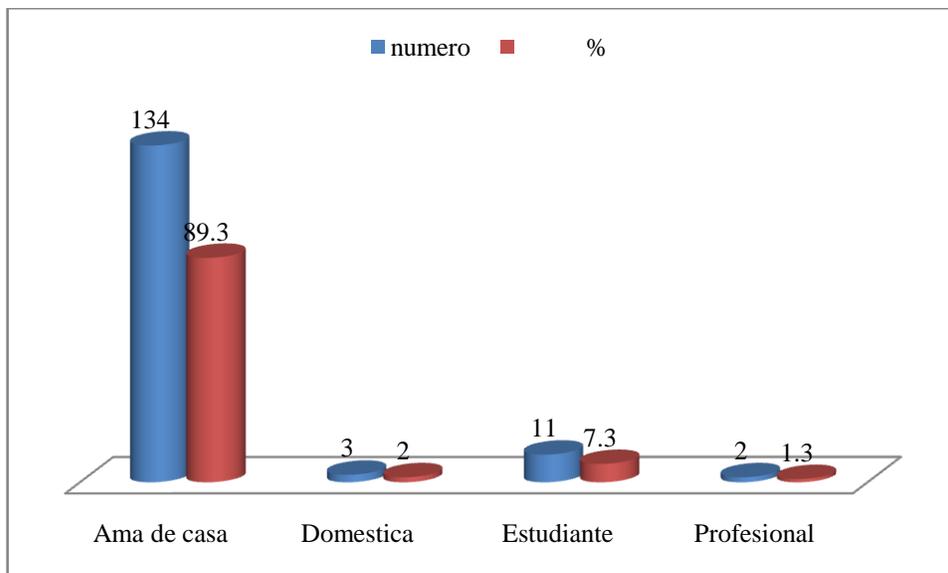
Fuente. Tabla No. 1

Estado civil del grupo de mujeres en estudio



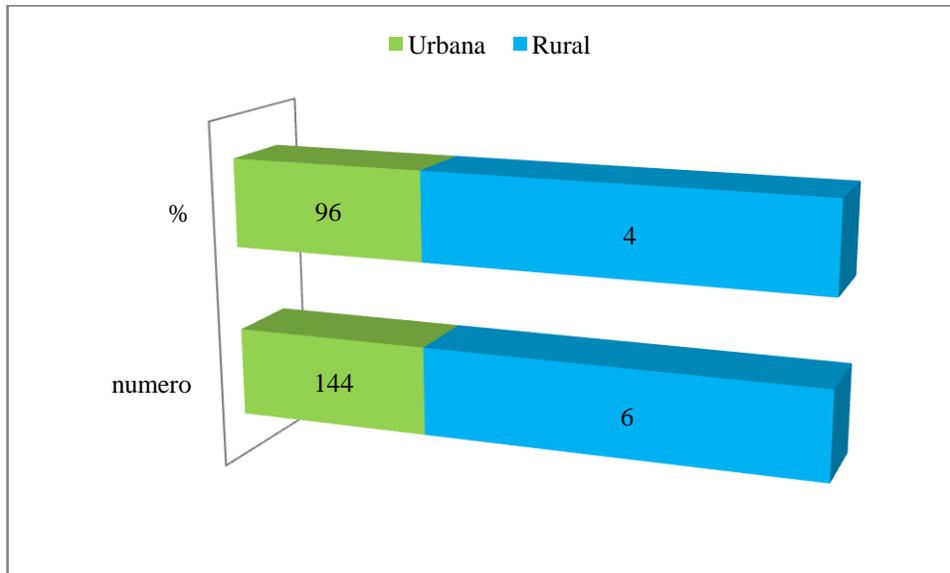
Fuente. Tabla. No 1

Ocupación de las pacientes en estudio



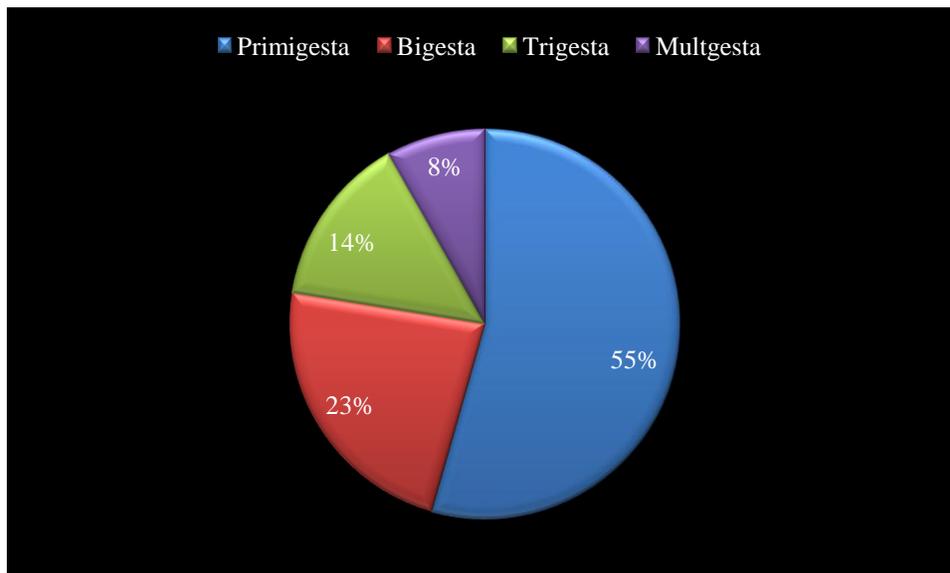
Fuente. Tabla No 1

Procedencia de las pacientes en estudio



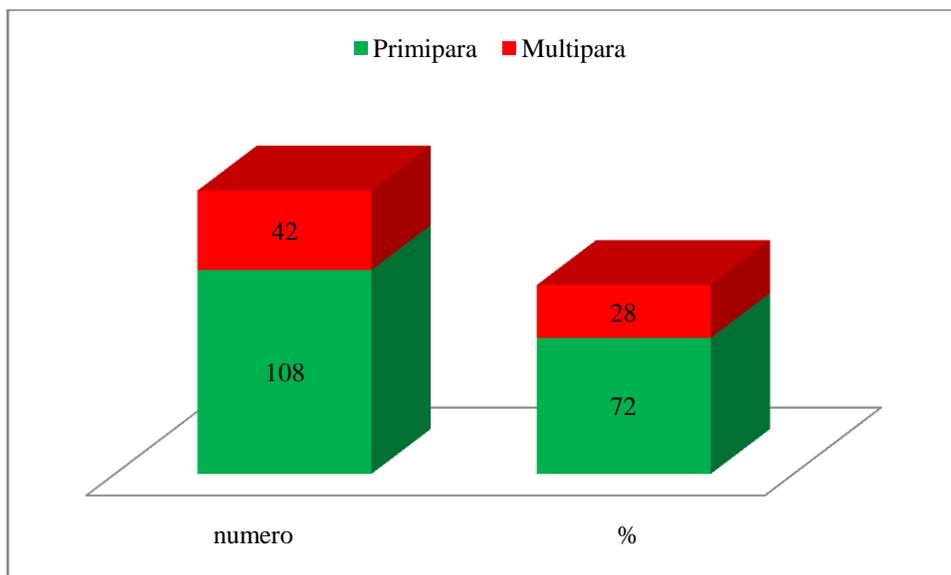
Fuente. Tabla No. 1

Gestas de las pacientes en estudio



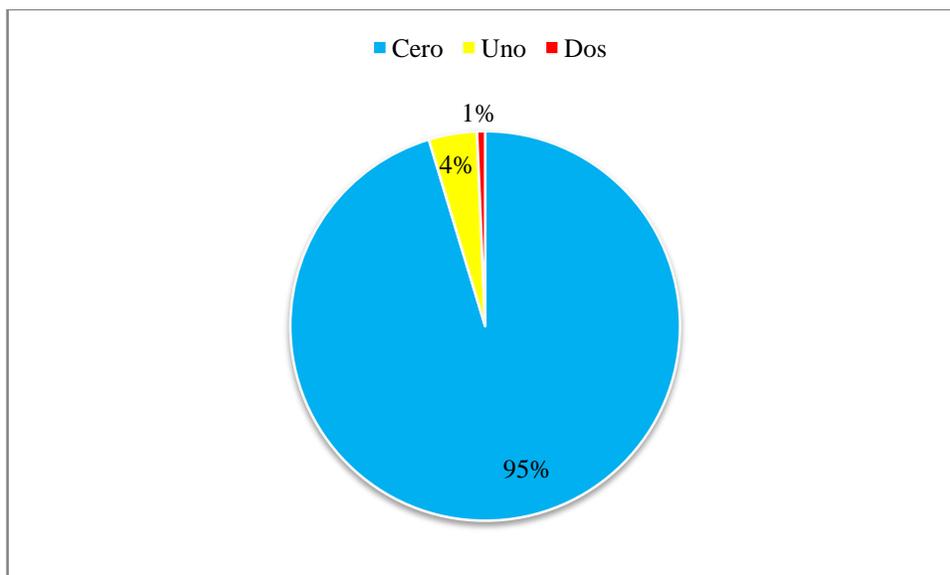
Fuente. Tabla No 2a

Paridad de las mujeres en estudio



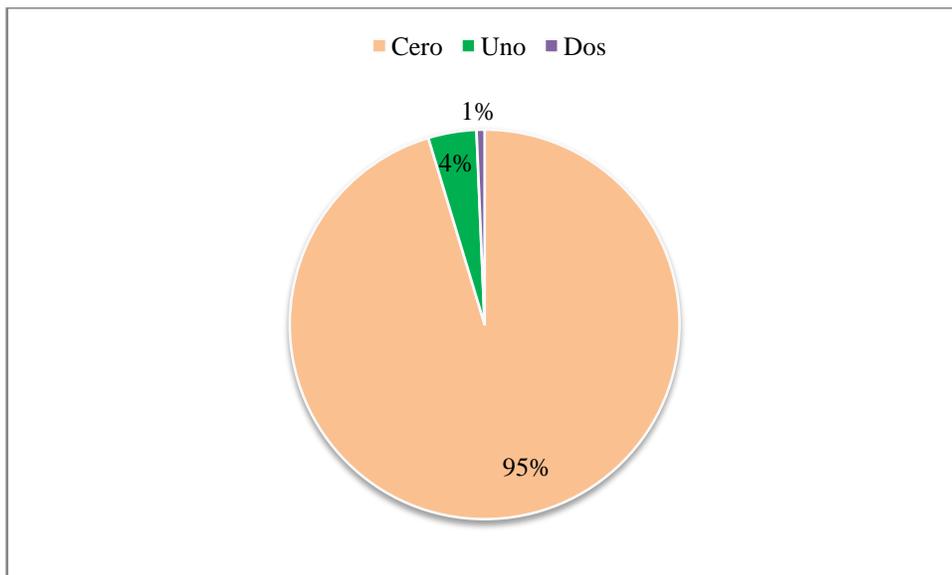
Fuente. Tabla No 2a

Antecedentes de abortos



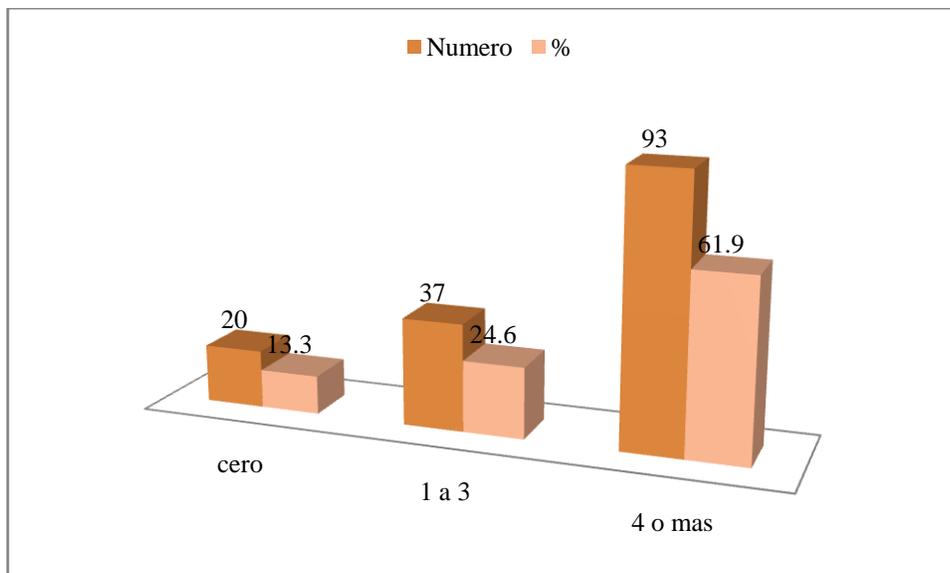
Fuente. Tabla No 2a

Antecedentes de legrado



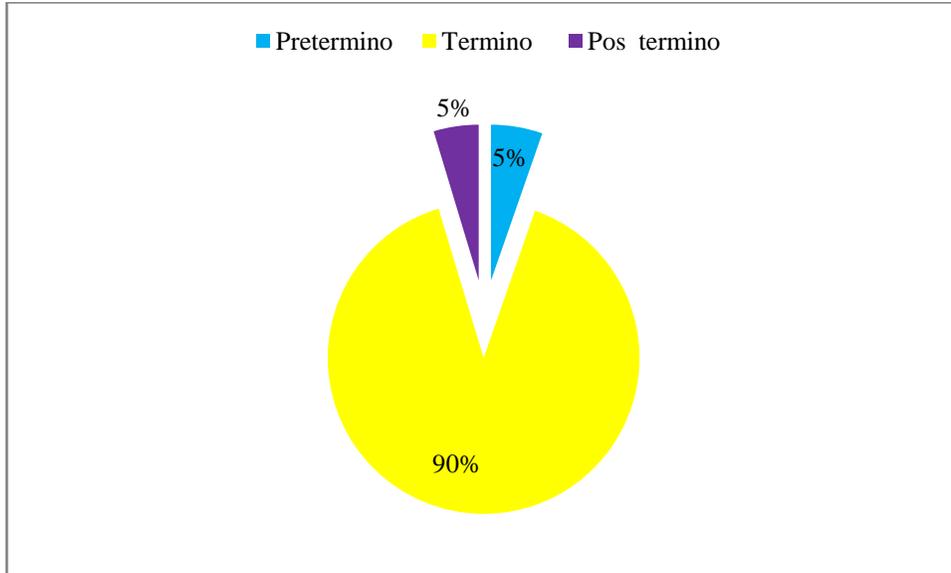
Fuente. Tabla No 2a

Números de CPN



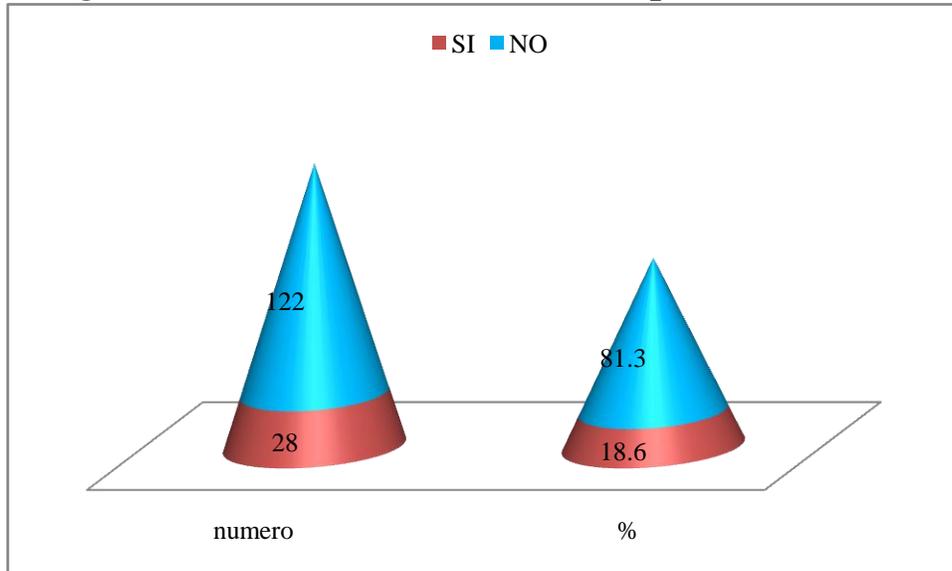
Fuente. Tabla No 2b

Semanas de gestación de la paciente previa al parto



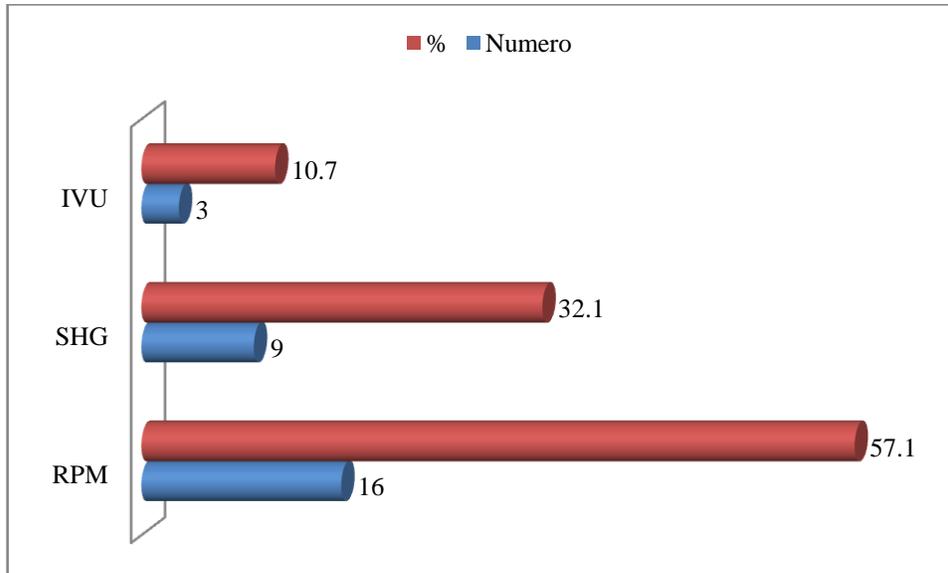
Fuente. Tabla No 2b

Patologías asociadas al embarazo e las pacientes en estudio



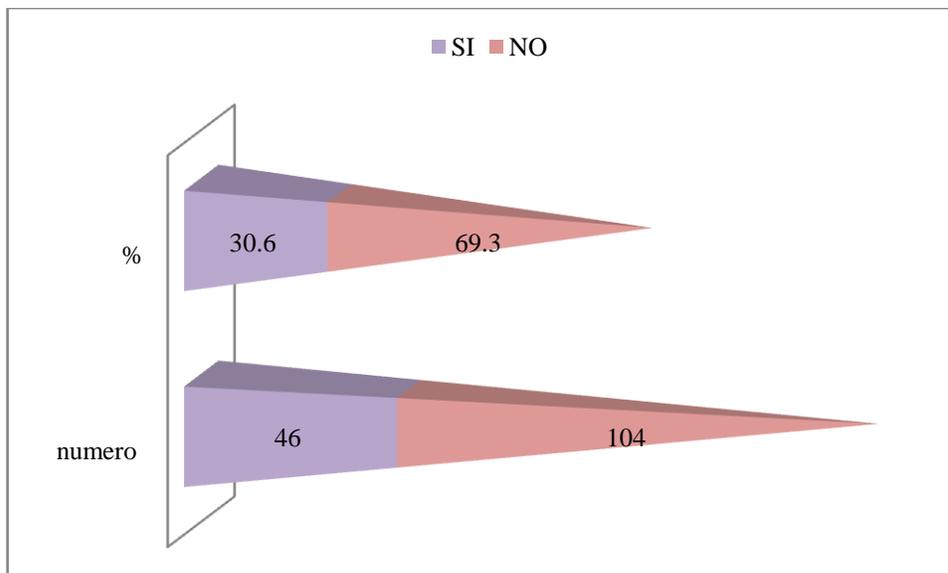
Fuente. Tabla No 2b

Patología encontrada en las pacientes en estudio



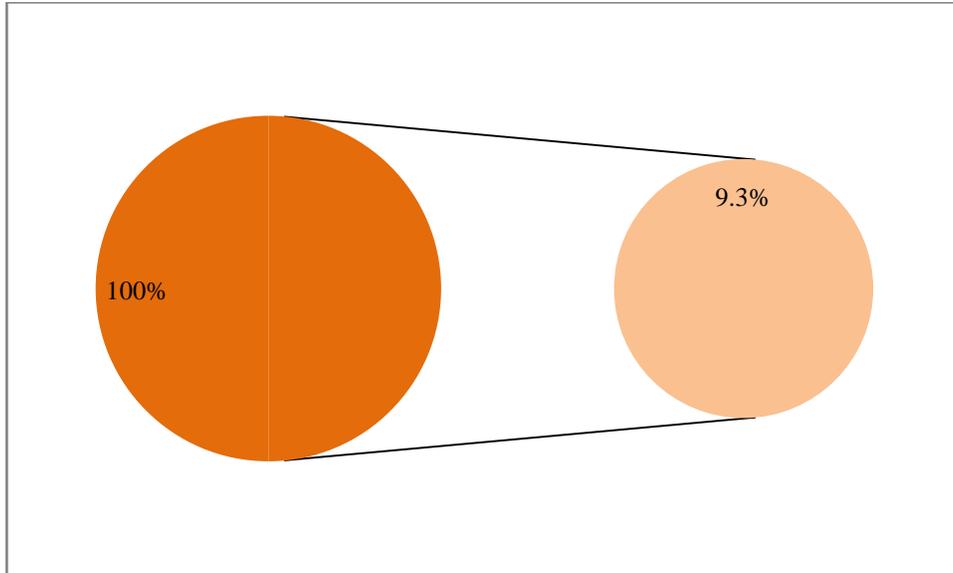
Fuente. Tabla No 2b

Abordaje del parto si fue o no conducido



Fuente. Tabla No 2b

Cumplimiento en la administración de la oxitocina



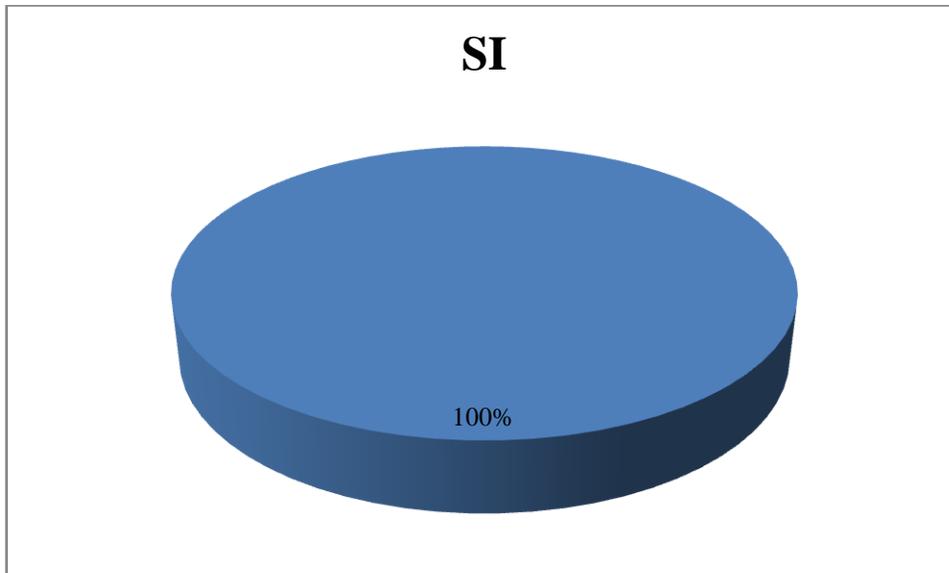
Fuente. Tabla No 3

Cumplimiento de la tracción contra tracción uterina



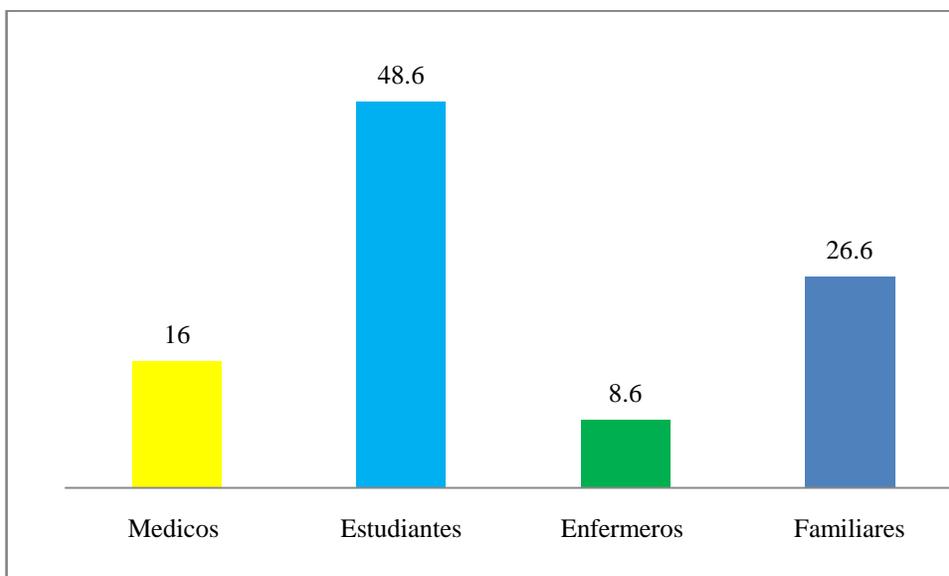
Fuente. Tabla No 4

Cumplimiento del masaje uterino



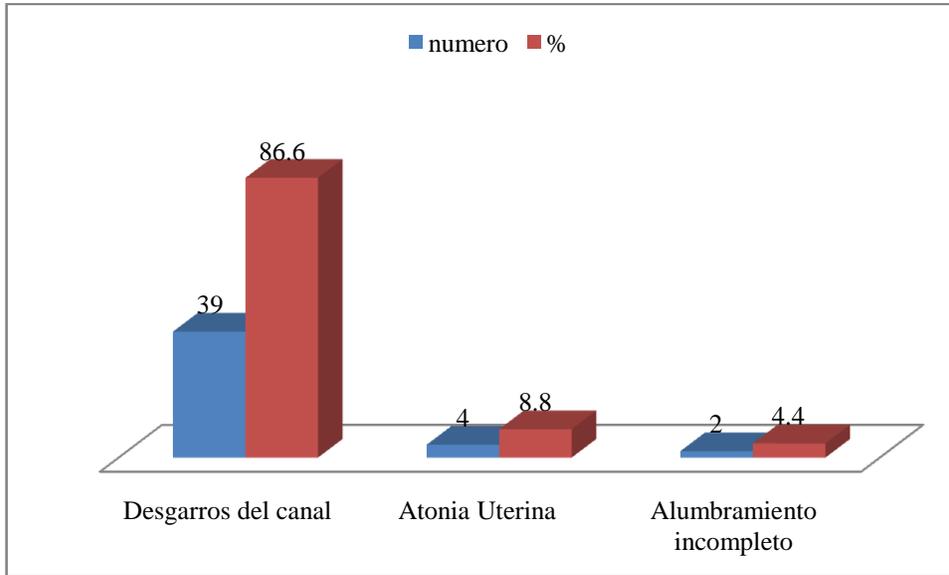
Fuente. Tabla No 5

Realización del masaje uterino en las dos primeras horas por quienes fueron realizados



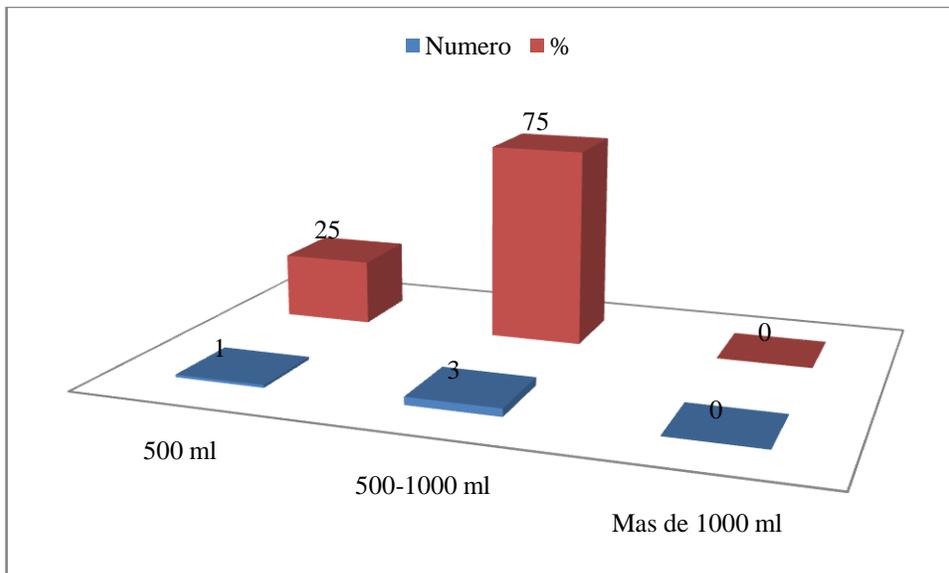
Fuente. Tabla No 6

Complicaciones asociadas al parto



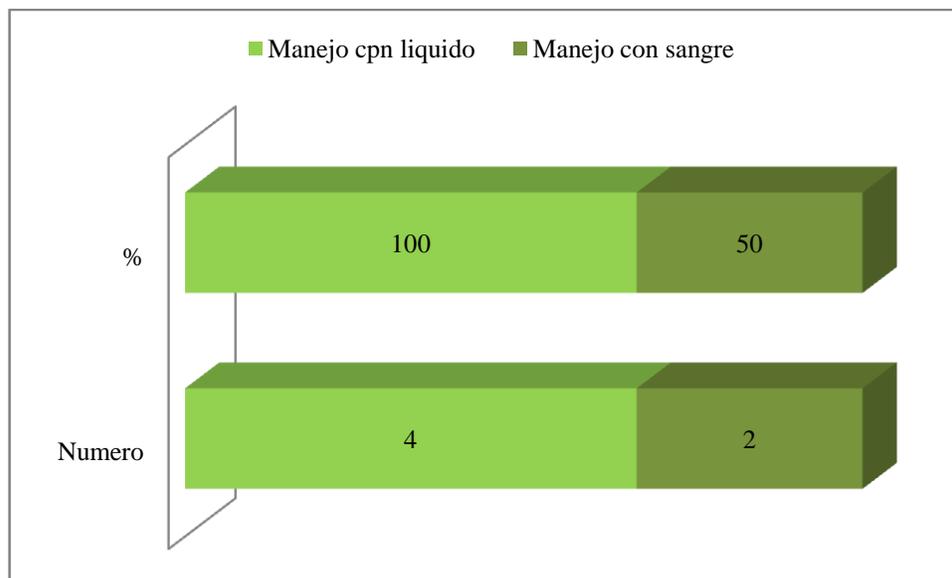
Fuente. Tabla No 7

Cantidad de sangre perdida



Fuente. Tabla No 8

Manejo de la Hemorragia



Fuente. Tabla No 8

Ficha de recolección de datos

Nivel de cumplimiento del protocolo en la normativa del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en paciente cuyo parto fue vía vaginal en el HBCR en el primer semestre del 2014

Instrucciones: Se marcara con una X los ítems correspondientes

N° de Encuesta: _____ **N° de Expediente:** _____

A. Demográficos

1. Edad:

- a) 14-19 años: /__/
- b) 20-24 años: /__/
- c) 25-34 años: /__/
- d) 35 o más años: /__/

2. Escolaridad:

- a) Analfabeta: /__/
- b) Primaria: /__/
- c) Secundaria: /__/
- d) Universidad: /__/

3. Estado civil:

- a) Soltera: /__/
- b) Acompañada: /__/
- c) Casada: /__/
- d) Divorciada: /__/

4. Ocupación:

- a) Ama de casa: /__/
- b) Empleada: /__/
- c) Estudiante: /__/

5. Procedencia:

- a) Urbana: /__/
- b) Rural: /__/

B. Antecedentes obstétricos

1. Gesta:

- a) Primigesta: /__/
- b) Bigesta: /__/
- c) Trigesta: /__/
- d) Multigesta: /__/

2. Paridad:

- a) Primípara: /__/
- b) Multípara: /__/

3. Abortos:

- a) Cero: /__/
- b) Uno: /__/
- c) Dos: /__/
- d) Tres o más: /__/

4. Legrado:

- a) Cero: /__/
- b) Uno: /__/
- c) Dos: /__/
- d) Tres o más: /__/

5. C.P.N:

- a) Cero: /__/
- b) Uno a tres: /__/
- c) Cuatro o más: /__/

6. S.G:

- a) Pre termino: /__/
- b) Termino: /__/
- c) Post termino: /__/

7. patologías médicas asociadas al embarazo cuales:

- a) Si: /__/
- b) No: /__/

8. parto conducido:

- a) Si: /__/
- b) No: /__/

C. Oxitocina:

- a) 10 u IM: /__/
- b) 20 u IM: /__/
- c) 20 u en 1000cc SSN 0.9% IV: /__/

D. Tracción contra tracción:

- a) Si lo cumple: /__/
- b) No lo cumple: /__/

E. Masaje uterino:

- a) Si lo cumple: /__/
- b) No lo cumple: /__/

F. Quien realiza el masaje:

- a) **Medico:** /__/
- b) **Enfermero:** /__/
- c) **Familiar:** /__/
- d) **Estudiantes:** /__/

F. Complicaciones:

- a) Alumbramiento incompleto: SÍ: /__/, NO: /__/
- b) Inversión uterina: SI: /__/, NO: /__/
- c) Ruptura del cordón: SI/__, NO: /__/
- d) Hemorragia: SI: /__, NO: /__/
- e) Desgarro del cuello o canal: SI: /__/, NO: /__/
- f) Atonía uterina: SI: /__/, NO: /__/