



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y
CIRUJANO GENERAL.**

**EFICACIA DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER
PERIODO DEL PARTO EN LA PREVENCIÓN DE LA
HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL CENTRO DE
SALUD “ADRIÁN AMAYA SAMAYOA” -EL AYOTE,
RACS JULIO-DICIEMBRE 2019.**

Autor:

Br. Olman Trinidad Vivas López

Tutor clínico:

Dr. Omar Alberto Martínez Cabrera.
Especialista en Ginecobstetricia, HERAJ

Asesor metodológico:

Dr. José Francisco Ochoa Brizuela
Especialista en Salud Pública
Director Hospital Regional Asunción Juigalpa

Juigalpa, Chontales Nicaragua, Enero de 2020

¡A la libertad por la universidad!

Dedicatoria

A Dios quien ha estado siempre en nuestro camino, nunca nos ha abandonado y gracias a él hemos podido culminar una meta más.

A nuestros padres por haber contribuido en nuestra formación desde la niñez, por ser el pilar fundamental en todo el trascurso de nuestras vidas.

A nuestros docentes de la carrera de medicina por haber compartido sus conocimientos y por habernos formado como profesionales en esta abnegada labor.

A todas las personas que nos han hecho posible la elaboración de nuestro trabajo.

Agradecimientos

A Dios; por darnos la oportunidad, la inteligencia y llenarnos de fortaleza para concluir los estudios.

A nuestras familias por motivarnos en cada proyecto, apoyarnos en cada meta y confiar en nuestras ideas.

A docentes; por habernos transmitido los conocimientos obtenidos, pasó a paso en el aprendizaje, por inculcarnos el espíritu de la investigación y dedicarnos su tiempo en este largo camino.

A nuestros tutores Dr. Omar Martínez y Dr. Francisco Ochoa, por su dirección y conocimientos necesarios para hacer posible la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas; que de una u otra manera nos apoyaron directa o indirectamente en el momento que se requirió su ayuda, para llevar a cabo la ejecución de este trabajo de investigación.

Carta aval



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Dr. Martínez Cabrera, Omar Alberto, Especialista en Ginecología y Obstetricia,
docente del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa.

Dr. Ochoa, Francisco. Director de Hospital Escuela Asunción Juigalpa, Especialista
en salud publica

Informan:

Que el Br. Br. Zamora Carrillo, Jesmar Noel y Br. Vivas López, Olman Trinidad,
han realizado bajo nuestra dirección, la monografía titulada: **“Eficacia del Manejo Activo
del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro
de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACS Julio-Diciembre 2019”**.
Presentada para optar el título de Médico general en medicina y cirugía. Que a nuestro
juicio reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de la monografía.
Lo que firmamos a instancia de los interesados para que surta los efectos oportunos donde
haya lugar.

Dr. Omar A. Martínez C.
GINECO-OBSTETRA
ECOGRAFISTA
COD. MINSA 11807

Dr. Omar Martínez Cabrera
Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Francisco Ochoa
Director de Hospital Escuela Asunción
Juigalpa
Especialista en salud publica

Resumen

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, el cual define la eficacia del manejo activo del tercer periodo del parto en la prevención de la Hemorragia posparto en las mujeres atendidas en el centro de salud Adrián Amaya Samayoa- El Ayote, RACS durante el segundo semestre del año 2019. Tomando como muestra 90 pacientes que han cumplido con los criterios de inclusión, conformando el 100% del universo en estudio, predominaron los grupos etario de 20 – 35 años aunque es relevante que el 26.6% pertenece al grupo menor de 20 años que presupone embarazos en adolescentes lo que se corresponde con las estadísticas de la OMS. Con respecto a la procedencia de las pacientes es destacable que casi la mitad es de origen urbano a pesar de que el lugar del estudio es una zona geográfica de difícil acceso. En el 96.6% el parto se presentó al término de la gestación, el 42.2%, de las pacientes no presentaron ningún factor de riesgo para hemorragia post parto, en el 92% de los partos se cumplió adecuadamente el MATEP en los casos que no fue así los acápites que con mayor frecuencia se incumplieron fueron: La tracción controlada del cordón umbilical 2.2% y también el 2.2% no cumplió con ninguno de los pasos del manejo activo del tercer periodo del parto, lo que es alarmante ya que de estas el 62.5% presentaron hemorragia post parto y de las 83 pacientes a quienes se les realizó adecuadamente el manejo activo del tercer periodo del parto solo el 3.6% presentaron hemorragia post parto lo que nos muestra que el adecuado manejo del tercer periodo del parto es una estrategia invaluable en la prevención de la hemorragia post parto.

Contenido

Capítulo I.....	1
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema.....	4
3. Justificación	5
4. Objetivos	7
4.1. Objetivo General:.....	7
4.2. Objetivos Específicos:.....	7
Capitulo II	8
5. Marco referencial.....	8
5.1. Antecedentes	8
6. Marco Teórico.....	11
6.1. Definiciones.....	11
7. Marco legal	24
Capitulo III.....	25
8. Diseño metodológico	25
Matriz Operacionalización de variables (MOVI).....	27
Capitulo IV.....	33
9. Análisis y discusión de los Resultados:	33
Capítulo V	39
10. Conclusiones	39
11. Recomendaciones	40
13. Anexos.	46
Gráficos:	55
Ficha de recolección de la información.....	60

Capítulo I

1. Introducción

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, según el último reporte de la organización mundial de la salud (OMS) cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos; el 99% de estas muertes ocurren países subdesarrollados. En el 63% de los casos se asocian a un evento hemorrágico durante el parto, constituyendo la hemorragia post parto (HPP) la causa más frecuente de muerte materna. De estas 90 % son causadas por atonía uterina (deficiente contracción del útero después del alumbramiento), en la mayoría de los casos condicionada a la presencia de restos ovulares, aunque se han invocado factores de riesgo que la favorecen, en 2/3 partes de las pacientes estos no se reconocen.

Nicaragua ha logrado en los últimos 12 años disminuir considerablemente la mortalidad materna, cifras del ministerio de salud (MINSa) detallan que en 2006 fallecieron 93 mujeres por cada 100 mil niños nacidos, esa cifra se redujo a 59 fallecidos en 2011, y en 2016 fueron 38 mujeres por cada 100 mil nacimientos estas cifras aún están lejos de la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) lanzado por las Naciones Unidas en el año 2000 que proponía reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (OMS, 2014).

En el último mapa nacional de mortalidad materna presentado por el MINSa en el mes de junio del 2019, se contabilizaron 18 muertes maternas de estas 10 se asociaron a hemorragia durante el parto y puerperio.

Es por ello que el MINSA promueve las orientaciones de la organización mundial de la salud (OMS) con respecto a esta problemática, ambos coinciden en que la solución a la mayoría de las muertes maternas causadas por HPP sería la prevención, asegurando en los períodos preconcepcional y prenatal una mujer saludable y al mismo tiempo, garantizando un manejo calificado del embarazo y el parto. Por lo que se ha introducido prácticas basadas en la evidencia científica, de bajo costo y de fácil implementación a nivel global que pueden ayudar a la disminución de la morbilidad materna perinatal.

Una de las intervenciones más efectivas para prevenir y disminuir la HPP, es el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto (MATEP). Esta forma de asistencia incluye las siguientes prácticas:

- Administración de un medicamento uterotónico en el primer minuto después del parto, posterior a verificar que no haya otro feto en la cavidad uterina.
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical (cuando deja de pulsar o después de 3 a 5 minutos después del nacimiento).
- Tracción controlada del cordón umbilical y contra tracción del fondo uterino.
- Masaje uterino después de la salida de la placenta.

En Chile (2003) en el Congreso Internacional de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), fue lanzada por primera vez la iniciativa de utilizar el manejo activo del alumbramiento, para la prevención de la hemorragia posparto. Ya en 2004, la FIGO y la Confederación Internacional de Parteras (ICM), habían dictado un plan de acción para ofrecer dicho proceder a las gestantes y con ello disminuir la incidencia de hemorragia posparto.

En Nicaragua el MATEP fue introducido de forma rutinaria en los años 2003 y 2004, corroborando que es una intervención fundamental de muy bajo costo y demostrada efectividad, protocolizado por primera vez por el MINSA en la normativa 109 “Atención de las complicaciones obstétricas” y se establece de estricto cumplimiento hasta la actualidad, en la Normativa 011 del MINSA “Normas y protocolos para la atención prenatal, parto recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo” nos brindan lista de chequeo, con la que se realiza continuo monitoreo de la calidad de atención brindada durante el parto, el incumplimiento de cualquiera de sus acápites tanto en los partos vía vaginal como en los nacimientos por vía abdominal (cesárea) se etiquetan como “mala calidad de la atención” y es objeto de sanción, ya que el MATEP es de ineludible cumplimiento ya que se considera una “estrategia que salva vidas”.

El objetivo fundamental de nuestra investigación persigue justificar esta afirmación al definir la eficacia del manejo activo del tercer período del parto en la prevención de la Hemorragia posparto en las mujeres atendidas en el centro de salud Adrián Amaya Samayoa- El Ayote, RACS durante el segundo semestre del año 2019.

2. Planteamiento del problema

La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel mundial, la hemorragia obstétrica complica los partos en un 11 %, siendo la primera causa de muerte materna a nivel mundial con un 27 %. Las investigaciones han demostrado que el MATEP disminuye la incidencia de la hemorragia postparto (hasta en un 60%), ya que disminuye la duración de la tercera etapa del parto y de esta manera, la necesidad de transfusiones y de medicamentos uterotónicos y tratamientos quirúrgicos para manejar la HPP, sin embargo al analizar múltiples estudios sobre conocimientos y prácticas de MATEP, nos encontramos con resultados alarmantes que denotan poco conocimiento sobre sus beneficios y baja implementación del mismo.

Es por ello que con nuestra investigación pretendemos definir:

¿Cuál es la eficacia del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en mujeres atendidas en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” - El Ayote, RACS durante el segundo semestre del año 2019?

3. Justificación

Iniciaremos citando una frase de la líder indígena Boliviana Martha González que nos ha impactado de manera particular: “Es increíble como la mujer que da vida, camina sobre andamios de muerte”.

La maternidad se considera uno de los más riesgosos eventos que atraviesa una mujer, si las condiciones sanitarias y sociales de apoyo relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

La mortalidad materna es uno de los principales indicadores del desarrollo social y voluntad política de cualquier país, estas ocurren en su mayoría por razones evitables, vinculadas a condiciones de pobreza, lejanía geográfica, falta de preparación del personal sanitario, entre otros; cada muerte genera un potencial efecto negativo sobre el núcleo familiar que es la base fundamental de cualquier sociedad.

En Nicaragua como en el mundo la principal causa de muerte materna es la hemorragia postparto, un flagelo que a pesar de los esfuerzos de nuestro gobierno en los últimos 12 años no se ha logrado erradicar, uno de los compromisos a nivel de país es cumplir con uno de los principales objetivos del milenio que es reducir a un 40% la mortalidad materna, por lo cual es necesario la aplicación de estrategias preventivas y al mismo tiempo valorar la eficacia de las mismas.

Sensibilizándonos e identificándonos con la problemática actual, decidimos realizar el presente estudio con el que pretendemos determinar la eficacia del MATEP en la prevención de la hemorragia post parto, en las mujeres atendidas en el centro de salud Adrián Amaya Samayoa, El Ayote-RACS, Nicaragua, con el fin de brindar un material de consulta al MINSA y posteriores investigadores, sobre la eficacia de un método aplicable en todos los niveles de atención, al mismo tiempo que presentamos nuestro proyecto de: Tesis para optar al título de médico y cirujano general.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General:

Definir la eficacia del manejo activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia posparto en las mujeres atendidas en el centro de salud Adrián Amaya Samayoa- El Ayote, RACS durante el segundo semestre del año 2019.

4.2. Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Detallar las características gineco-obstétricas de la población en estudio.
3. Evaluar el cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto en las pacientes en estudio.
4. Identificar las complicaciones maternas asociadas al incumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto, en las pacientes en estudio.

Capítulo II

5. Marco referencial.

5.1. Antecedentes

5.1.1. Internacionales

En el hospital gineco-obstétrico "Eusebio Hernández" del municipio de Marianao, La Habana – Cuba en junio del 2010 se realizó un estudio que demuestra que el MATEP, como medida de rutina, disminuye de 2 a 3 veces el riesgo de hemorragia posparto y que su efecto protector es válido tanto para las mujeres de bajo riesgo como para las pacientes con factores de riesgo predisponentes a la hemorragia además que la probabilidad de ocurrencia de una hemorragia posparto en las pacientes a las cuales se les realiza el alumbramiento activo, se reduce en 1,92 veces con respecto a las pacientes con manejo expectante del alumbramiento (Piloto & all, 2010)

Una revisión sistemática y el meta-análisis (Biblioteca de Cochrane) encontraron que MATEP reduce aproximadamente el 60 % de acontecimiento de HPP y severo (> 1000 ml) HPP, disminuye la necesidad de transfusión de sangre por anemia posparto (Hb <9g/dL) y reducción de aproximadamente el 80 % del uso de medicinas uterotónico terapéutico (John, 2015)

5.1.2. Nacionales

En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA), se realizó un estudio para valorar el manejo activo de activo del tercer periodo del parto la hemorragia ocurrió en el 1.7% de los 420 pacientes estudiados, se logra confirmar que se obtiene una baja frecuencia de hemorragia postparto debida a la implementación del MATEP, el grupo etario más afectado fue el de 20- 39 años, los factores de riesgos fueron primigesta, edad en riesgo, anemia, síndrome hipertensivo gestacional, gran multípara, oxito-conducción fallida, parto prolongado o precipitado, macrosomía y ruptura prematura de membranas , el MATEP fue adecuado en todas las paciente. (Martínez, 2008)

Por su parte en el centro de salud “Rosario Pravia Medina” del municipio de Rosita (RACN), en el año 2009, se evaluó el cumplimiento de las normas y protocolo para la atención de la hemorragia postparto encontrando que en cuanto al cumplimiento del manejo activo del tercer período del parto se le administró 10 unidades de oxitocina intramuscular (IM) al 100 % de las pacientes pero los otros pasos del MATEP no se cumplen de manera regular, pinzamiento del cordón al dejar de pulsar 66 %, masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas 56 % y tracción controlada del cordón con contracción 48 % (Mendoza, 2009)

Un estudio sobre el uso de oxitocina en el tercer periodo de parto en mujeres atendidas en sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense (HAN) en 2012, dió como conclusión que a todas las mujeres que ingresaron al HAN a labor y parto se le aplicó oxitocina cumpliéndose con la norma, reduciendo la incidencia de hemorragia post parto con el uso de oxióticos. (Lacayo & Meza, 2012).

Posteriormente en el año 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque de referencia nacional se realizó estudio descriptivo para valorar el nivel de aplicación de la normativa del MATEP en 150 pacientes, en los cuales fue satisfactorio aplicándose todos los pasos del MATEP cumpliéndose así con lo normado en guías nacionales, cabe destacar que algunos pacientes según el caso recibieron el manejo para HPP (9.3%), siendo los desgarros del canal del parto la primera causa (86.6%), la atonía (8,8%) y en menor porcentaje la retención de restos de placenta (4.4%). (Arias & Espinoza, 2015)

Al años siguiente en el centro de salud Denis Gutiérrez de Río Blanco, Matagalpa, en el año 2016 se realizó un estudio sobre “Conocimientos y prácticas de médicos y enfermeras en relación al manejo activo del tercer periodo del parto”, el cual demuestra que solamente el 71% de la población estudiada conoce y practica cada uno de los pasos del MATEP, situación alarmante ya que se trata de normas y lineamientos de MINSA en pro de reducir la mortalidad materna (Silva & Suárez, 2016)

6. Marco Teórico

6.1. Definiciones

El parto es la expulsión del feto y sus anexos, tiene tres períodos que son:

- Primer período: borramiento y dilatación del cuello uterino, inicia descenso fetal.
- Segundo período: descenso y expulsión del feto.
- Tercer período: Salida de los anexos fetales (placenta y membranas).

Tercer período del parto es el período que transcurre desde el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta y membranas, es decir el alumbramiento. (MINSA & GRUN, 2015)

Manejo expectante del tercer período del parto, en cuanto a la práctica tradicional se utilizó por muchísimos años, consistía en esperar hasta 30 minutos para el nacimiento de la placenta y sus membranas, una vez nacida la placenta y membranas se tomaba la presión arterial y hasta entonces se decidía si utilizar oxitocina o ergometrina o ningún fármaco para el periodo puerperal.

Manejo activo del tercer periodo del Parto

El MATEP o Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto, consiste en una estrategia introducida de forma rutinaria en nuestro país Nicaragua en los años 2003 y 2004, que ha sido estandarizada para la atención de todos los partos presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto, fue corroborando que es una intervención fundamental de muy bajo costo y demostrada efectividad, basada en la evidencia científica, para reducir la incidencia de HPP, interviniendo en la tercera etapa del parto. (MacCormick, SAnghvi, & kinzie, 2002)

El proceso fisiológico de desprendimiento y descenso de la placenta, así como la prevención de la hemorragia postparto están asegurado con la utilización del MATEP e incluye los siguientes pasos para prevenir esta última principalmente cuando es causada por atonía del útero:

1. La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del primer minuto posparto asegurándose que no existe otro feto en la cavidad uterina.
2. El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento o cuando deja de pulsar (ligadura tardía).
3. La tensión controlada y suave del cordón umbilical y contracción del fondo uterino durante la contracción uterina.
4. El masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta que dura 5 minutos cada 15 minutos dentro de las 2 primeras horas de puerperio.

El uso del MATEP en todo parto o cesáreo, se basa en evidencia que muestra: (POPPHI, 2012)

1. Eficacia para prevenir alrededor del 60% de las HPP debidas a atonía uterina.
2. Reducción de la pérdida de sangre y, por tanto, la incidencia y severidad de la anemia,
3. Reducción de emergencias y costos, incluyendo transporte.
4. Reducción del uso de transfusión de sangre.

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, proceder a administrar 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, por lo cual en cada parto debe garantizarse 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). 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, además no administrar Ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares. (Fogelstan, Friedman, & Larsson, 1997)

El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento: se realiza pinzando con clamp a una distancia de 2 a 3 cm desde el abdomen posteriormente se procede a cortar con tijera quirúrgica, este pinzamiento se realiza dependiendo de la situación del binomio, es decir si no existe ninguna indicación de ligadura precoz del cordón, no hay circulares de cordón ajustadas, el bebé no requiere reanimación, la madre no requiere manejo crítico, entonces se realiza hasta que deja de pulsar o 2 a 3 minutos después. (John, 2015)

La 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, ya que si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina, pinze el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza Fórester (de ojo) y sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano y colocando la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contratracción durante la tracción controlada del cordón umbilical (esto ayuda a prevenir la inversión uterina).

Para ello se determina si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si éste no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón , además mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos), cuando el útero se redondee o el cordón se alargue (signo de desprendimiento placentario), hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta, ocurre pequeño sangrado transvaginal y hay contracción uterina; con la otra mano, continúe ejerciendo contratracción sobre el útero, si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón, en cambio sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente y si es necesario, utilice una pinza de ojo para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue, con la contracción siguiente, repita la tracción controlada cordón umbilical, manteniendo la contratracción. Nunca se debe jalar el cordón umbilical sin aplicar la contratracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano (MINSAL & GRUN, 2015)

Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse, por lo cual se sostiene la placenta con las dos manos y se gira con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas (Maniobra de Dublín) y se jala lentamente para completar la extracción. Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de ojo para retirar cualquier trozo de membrana retenido.

Finalmente se tiene que examinar cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra, primero revisando la cara fetal y luego, invirtiéndola, examine la cara materna colocándola sobre una superficie plana, asegurándose que no le falta un cotiledón, además observar las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa amniótica y si falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios. Por otro lado si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición (maniobra de Johnson), si se ha arrancado el cordón umbilical, realizar extracción manual de placenta con la realización inmediata de masaje uterino. Es un acto de emergencia para evitar muertes maternas por HPP, solo si se han retenido por más de 15 minutos con manejo activo, y 30 minutos sin manejo activo, luego de producido el nacimiento

Masaje uterino

Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard, debe orientarse a la puérpera a fin de que continúe practicándose el masaje uterino, al menos 5 minutos y repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas. Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino. (GRUN & MINSA, 2018)

Revisión del canal del parto

Finalmente terminado el tercer periodo del parto se debe de garantizar una revisión completa del canal del parto a todas las pacientes que han tenido parto vaginal. Esta revisión debe realizarse inmediatamente después del alumbramiento y para ello utilizar guantes estériles y la pinza de Fórester, colocando esta última en labio cervical anterior con el fin de poder revisar todo el canal del parto que incluya también el cérvix, paredes laterales de vagina, las comisuras cervicales y vulva y periné en busca de laceraciones y/o desgarros. De igual manera se tracciona el labio cervical inferior para descartar desgarros de comisuras cervicales.

Hemorragia postparto

La hemorragia postparto (HPP) se define según normativa MINSA 109- 2018 como:

Pérdida sanguínea mayor de 1,000 ml independiente de la vía de finalización del embarazo, descenso del hematocrito mayor o igual al 10%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología o pérdida sanguínea que ocasione sintomatología en la paciente (mareo, síncope) o signos de choque (taquicardia, hipotensión, oliguria, alteración del estado de alerta) independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea durante el parto o la cesárea.

Hemorragia postparto diagnóstico, manejo y complicaciones

La hemorragia posparto constituye la primera causa de muerte materna con un 27%, las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusiones de hemoderivados, pérdida de la fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencias. La mayoría de las muertes ocurren durante las primeras 24 horas después del parto, más frecuente en las primeras 4 horas.

La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, la respuesta de la paciente a las pérdidas sanguíneas depende del estado físico previo al parto, la velocidad y cantidad de sangre perdida.

Por ejemplo, existen cambios fisiológicos del embarazo que podrían enmascarar una hemorragia postparto, mismos que deberán ser considerados por las personas a cargo del parto a fin de no subestimar las pérdidas hemáticas y vigilar adecuadamente a la paciente en su puerperio. Estos son:

Volumen sanguíneo incrementa un 40-45%, siendo máximo este incremento entre las 32 a 34 semanas de gestación.

Este incremento de volumen se da a expensas del volumen plasmático (75%) y de la masa eritrocitaria (25%) dando como resultado una anemia dilucional.

Disminución del hematocrito del 40-42%, en la no gestante hasta el 34% en la gestante.

Disminución de hemoglobina de 13,7-14 g/100 ml en la no gestante, hasta 11-12 g/100 ml en la gestante

El gasto cardíaco aumenta a expensas de un aumento en 10-15 latidos x min de la frecuencia cardíaca y una disminución de las resistencias vasculares periféricas.

Por tanto, existen pacientes que presentan pérdidas hemáticas considerables y no muestran datos clínicos evidentes de hipotensión o alteración del sensorio por los mecanismos compensatorios antes descritos, sin embargo podrían presentar manifestaciones de pre choque y no ser detectadas por el equipo de salud a cargo de la paciente.

Factores de riesgo y causas de HPP

La principal causa es la atonía uterina en el 70%, originada por la sobredistención uterina, parto prolongado o precipitado, además del agotamiento muscular. Los factores de riesgos involucrados en dichos mecanismos son: gestación múltiple, polihidramnios, gran multiparidad, producto macrosómico, hidrocefalia severa.

En orden de incidencia siguen las lesiones del canal del parto en 20%, la causas desgarros del canal del parto desde el cérvix hasta periné, rotura uterina, inversión uterina. Los factores de riesgos son: parto intervenido (Kristeler, fórceps, etc.), parto precipitado, episiotomía, cirugía uterina previa, hiperdinamia, para inversión uterina: acretismo, maniobra de credé, tracción excesiva del cordón umbilical, gran múltipara.

Retención de tejidos como en el 9%, las causas son retención de restos placentarios y anomalías de la placentación. Los factores de riesgos son acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis, cirugía uterina previa.

Las alteraciones de la coagulación corresponden aproximadamente al 1 % de los casos HPP, estas pueden ser adquiridas u congénitas. En la primera los factores de riesgos son pre eclampsia, HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, acretismo placentario, CID consumo, transfusiones masivas. Las congénitas por la enfermedad de von willebrand, hemofilia A

Por otro lado condiciones como desnutrición, anemia pueden favorecer síntomas de hipovolemia a pesar de que la pérdida sea poca en cantidad y no sea tan rápida.

Manifestaciones clínicas durante hemorragia de origen obstétrico:

Atonía uterina: hemorragia postparto inmediata y útero blando y no retraído, taquicardia, hipotensión.

Desgarros del cuello uterino, vagina o periné: hemorragia postparto inmediata, placenta íntegra, útero contraído.

Inversión uterina: no se palpa fondo uterino en la palpación abdominal, dolor intenso, inversión uterina visible en la vulva, hemorragia postparto inmediato.

Ruptura uterina: dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura), hemorragia postparto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal), abdomen doloroso, shock, taquicardia, no se expulsa la placenta,

Retención de productos de la gestación

Retención de placenta: No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo, útero contraído.

Retención de restos placentarios: Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas. Hemorragia postparto inmediata, útero contraído, 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.

Alteraciones de la coagulación: sangrado no cede a medidas anteriores, sangrado en sitios de punción, no formación de coágulos sanguíneos, prueba de coagulación junto a la cama, Fibrinógeno <100 mg/dl, plaquetas disminuidas, TP y TPT prolongados.

Pruebas de laboratorio:

BHC y Recuentos de Plaquetas.

Tipo y RH.

Tiempo de Sangría.

Pruebas de coagulación (TP; TPT; fibrinógeno).

Albúmina.

Glucemia, Urea, Creatinina, Ácido úrico.

Pruebas hepáticas: transaminasas pirúvicas, oxalacética, bilirrubinas totales y fraccionadas.

Gasometría (Lactato en sangre, exceso de base, bicarbonato).

Electrolitos séricos

En el manejo de la hemorragia se debe garantizar: (Stephenson, 2015)

1. El manejo preventivo en el primer nivel de atención mediante la aplicación del MATEP.

Durante el parto:

- a. Activar el código rojo para garantizar un adecuado traslado a un centro de mayor resolución, para lo cual se pide ayuda.
- b. Detectar oportunamente los datos de choque hemorrágico, clínicamente:
- c. Hipotensión arterial con TA sistólica menor de 90 mmHg, presión arterial media (PAM) menor de 65 mmHg.
- d. Taquicardia, pulso débil.

- e. Signos de hipoperfusión tisular: oliguria, deterioro del estado de la conciencia.
 - f. Signos cutáneos: palidez, sudoración, hipotermia distal, relleno capilar enlentecido.
 - g. Índice de choque: su utilidad va hasta las 24 horas, además se asocia a mayor posibilidad de requerir hemoderivados cuando su valor es superior a los 0.9
2. Garantizar accesos venosos con bránulas #16 o 14 y administración de fluidoterapia 1000cc de solución Hartman o salino 0.9%, y tomar signos vitales cada 15 minutos hasta lograr metas (PAS entre 80 y 90 mmHg, PAM por arriba de 65mmHg cuando se haya controlado la fuente del sangrado, Frecuencia cardiaca entre 60 y 100 latidos por minutos, diuresis superior a 0.5 Kg/h y lactato < 2)
 3. Identificar y tratar los posibles diagnósticos diferenciales: si es atonía usar uterotónicos y masaje uterino. Trauma se realiza sutura, en caso de ser muy extenso referir a cirugía en unidad de mayor resolución. Inversión uterina se realiza restitución bajo sedación, con maniobra de Johnson o quirúrgica. Tejido: Si existen restos placentarios realizar legrado con cureta de Wallich, hunter o Pinard y si existe retención placentaria administrar 10 IU de oxitocina intravenoso, sino se expulsa realizar extracción manual de placenta, o referir si se sospecha de acretismo placentario. Trombina administrar fármacos o hemoderivados dependiendo de la discrasia sanguínea
 4. Evitar la hipotermia, en caso de no parar el sangrado de manera efectiva hacer uso de:

Traje antishock, no quitar hasta que la paciente este fuera de peligro.

Poner balón de Bakri o taponamiento en establecimiento de salud donde esté disponible.

Realizar maniobras que salvan vida: compresión bimanual o compresión aórtica.

5. Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución. Según normativa 068.
6. Antibióticos: se recomienda por la manipulación para detener la hemorragia, anemia, transfusión de hemoderivados, posible estancia en cuidados intensivos y otras situaciones que predisponen a la sepsis. Se recomienda la utilización de dosis única de ampicilina 2 gr IV o cefazolina 1 g DU y en caso de ser bastante riguroso el control de la HPP se administrara Ceftriaxona 2 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas durante 3 a 5 días según evolución.

De ser necesario se procederá a transfundir hemoderivado con el fin de lograr los siguientes objetivos:

Tener un hematocrito mayor o igual a 21% (Hb 7g/dl).

Mantener hemoglobina entre 7 a 9 g/dl.

Recuento de plaquetas mayor de 50, 000.

TP y TPT menor a 1.5 tiempo control.

Fibrinógeno mayor de 150mg/dl

Complicaciones aparentes según la normativa MINSA, 109 del año 2018:

Anemia.

Choque hipovolémico.

Coagulación intravascular diseminada

Lesión de órgano vecino

Distrés respiratorio

Falla Renal

Infección puerperal/ Sepsis puerperal

Falla hepática

Desequilibrio hidroelectrolítico

Endocarditis por uso de dispositivo intravenoso

Infecciones asociadas a los cuidados de la salud.

Morbilidad asociada a la Histerectomía

Morbilidad asociada a las transfusiones

Secuelas psicológicas.

Infertilidad

Muerte materna por causa hemorrágica: la OMS la define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, relacionada o agravada por el embarazo o la atención, pero no por causas accidentales o incidentales. es un cociente resultado de número de muertes maternas/ nacidos vivos, por cada 100,000 nacidos vivos, abarcando en nuestro caso las provocadas por hemorragia postparto.

7. Marco legal

La Constitución política de la república de Nicaragua en su artículo 59 expresa que “los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas de servicios y acciones de salud”

La ley No 423 “Ley General de Salud”, en su artículo 1, objeto de la ley, establece que la misma tiene por objeto “tutelar el derecho que tiene toda persona a disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales y que para tal efecto regulará: a. los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud y b. las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud”

La Dirección General de Regulación Sanitaria, solicito se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado “Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas” para brindar al personal de salud un instrumento normativo que contiene información científico-técnica basada en evidencia actualizada para el abordaje de las complicaciones obstétricas y estandarizar los manejos clínicos de los diferentes complicaciones obstétricas que pueden presentar las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Capítulo III

8. Diseño metodológico

- 8.1. **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal, retrospectivo.
- 8.2. **Área de estudio:** Sala de labor y parto del centro de salud Adrián Amaya Samayoa-El Ayote, RACS.
- 8.3. **Población de estudio:** Todas las mujeres que presentaron parto vaginal (90) en la sala de labor y parto del centro de salud Adrián Amaya Samayoa- El Ayote en el período de estudio.
- 8.4. **Universo:** Estará constituida por las 90 mujeres a las cuales se les atendió el parto vaginal en el centro de salud Adrián Amaya Samayoa- El Ayote en el período establecido.
- 8.5. **Muestra:** Constituida por el 100% del universo.
- 8.6. **Muestreo:** No probabilístico, por conveniencia, siendo la muestra altamente significativa ya que equivale al total del universo.
- 8.7. **Criterios de inclusión:** Expedientes de pacientes cuyo parto fue por vía vaginal, atendido en el lugar y período de estudio.
- 8.8. **Criterios de exclusión:** Expedientes de pacientes cuyo parto no fue por vía vaginal, partos no institucionales o atendidos fuera del período de estudio.
- 8.9. **Fuente de información:** Fuente secundaria, se obtendrá la información a partir del expediente clínico de las pacientes que tuvieron partos vaginales en el lugar y período de estudio.

8.10. Instrumento de recolección de la información:

La información se recolecto por medio de ficha previamente elaborada y validada por expertos, los acápite establecidos datos sociodemográficos y antecedentes obstétricos se estructuraron adaptados al formato de la historia clínica perinatal (HCP) Normativa CLAP/SMR/OPS/OMS, de la Normativa 106 “Manual para el Llenado de la Historia Clínica” y con respecto al monitoreo del MATEP se aplicó la lista de chequeo que aparece en la segunda edición de la normativa MINSA 011 “Protocolo de atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo” publicada en Noviembre 2015.

8.11. Análisis de la información:

Se utilizará el software SPSS statistics versión 20, en el cual se realiza base de datos con las variables que conforman la ficha de recolección de datos de donde se extraerá la información. Posteriormente se realizará medidas de distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y variabilidad. Se determinó si existe asociación entre las variables de estudio, mediante la aplicación de la prueba estadística de chi cuadrado y se consideró que existe asociación cuando el intervalo fue menor a 0.5 ($p < 0.5$), se comparó con este rango ya que se realizó el análisis a un 95% de confianza, de esta manera se rechazara la independencia de las variables.

8.12. Aspectos éticos:

El presente estudio se realizó omitiendo nombres de pacientes y del personal de salud que atiende a la población en estudio, se pretende respetar y cumplir el compromiso del secreto profesional, los datos encontrados en el expediente clínico se utilizaron solo para fines académicos, con el objetivo de brindar sugerencias y aportar más conocimiento sobre el manejo activo del tercer período del parto en unidades de atención primaria para dar recomendaciones sobre los beneficios del cumplimiento de este.

Matriz Operacionalización de variables (MOVI)

Capítulo IV

9. Análisis y discusión de los Resultados:

En la tabla #1. Se refleja uno de los Factores demográficos (Edad) y ahí observamos que la mayoría de población estudiada pertenece al grupo etario de 20 – 35 años, lo que es un factor favorable ya que es la edad óptima para la reproducción, sin embargo una elevada proporción (el 26.6%) pertenece al grupo menor de 20 años que presupone embarazos en adolescentes lo que se corresponde con las estadísticas de la OMS.

A nivel mundial la tasa de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1,000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, esta realidad afecta tangiblemente a nuestro municipio, ya que si relacionamos la edad de las pacientes en estudio y el número de embarazos previos mostrados en las tabla #4, nos encontramos que de las 24 pacientes menores de 20 años contempladas en la muestra, 29 % (7/24) de ella han tenido más de 1 parto, lo cual se suma al factor de riesgo embarazo adolescente.

En la tabla #2; se describe la zona de origen de las pacientes encontrando que hay un cuasi-equilibrio entre ambos grupos a pesar de que el lugar del estudio es una zona geográficamente alejada de cabecera departamental, donde hace 5 años no había accesibilidad a muchas de las comarcas que se atienden, por lo que la asistencia a los controles prenatales y el parto institucional eran infrecuente por parte de las pacientes del área rural.

Sin embargo gracias al aumento en la voluntad política, mejora a las políticas administrativas y con la implementación del Modelo de salud familiar y comunitario (MOS AFC) se está cumpliendo con uno de los principales objetivos planteados por el MINSA en el 2015 “100% de partos institucionales”. Nuestro municipio no deja de estar a la vanguardia ya que presentamos un 90% de partos institucionalizados cifra que se relaciona al promedio nacional el cual ha mejorado en los últimos años, como se refleja en la última Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (EMNV 2005 y 2007) y en el informe del Instituto Nacional de Información sobre el Desarrollo (INIDE, 2005).

En la tabla # 3 se demuestra que 39% (35 /90) de nuestra población han tenido más de un embarazo previo, según la normativa MINSA 109-2018, las múltiples gestaciones se asocia a la aparición atonía la causa más común de hemorragia, algo que se confirma con el análisis en la tabla # 12, en la cual el 75% de las atonías ocurridas fueron en mujeres con más de 1 embarazo previo.

En la Tabla #5 se muestra la distribución de las semanas de gestación que tenían las pacientes al momento del parto, en el 96.6% el parto se presentó al término de la gestación, lo cual denota calidad en la atención, que se mide principalmente por la accesibilidad a los servicios de salud ya demostrado en la tabla #2, el porcentaje de partos prétermino que a nivel nacional es de 38 x 10,000 NV y el número de atenciones prenatales, las que se reflejan en la Tabla #6 que nos muestra que solamente el 16.7% no habían recibido atención prenatal previa al parto, lo que se relaciona con la accesibilidad a los servicios de salud. A pesar de que algunos estudios nos reportan que la hemorragia post parto se presenta con mayor frecuencia en los embarazos mayores de 41 semanas de gestación al realizar el cruce entre estas variables no se muestra dependencia entre las mismas.

En la tabla #7 se exponen un listado de factores de riesgo que según la Normativa 109, 2018 del MINSA predisponen a las pacientes a sufrir un evento hemorrágico, encontrando que el 42.2%, de las pacientes no presentaron ningún factor de riesgo para hemorragia post parto, esto al realizar un análisis entre las variables factores de riesgo y la presencia de un evento hemorrágico (Tabla# 13) encontramos que las variables no son dependientes lo que nos muestra que la hemorragia post parto se puede presentar independientemente de los factores de riesgo, lo que se relaciona con los resultados de los autores cubanos Piloto y cruz, 2010, quienes concluyeron que la implementación del MATEP mejora el pronóstico de las pacientes con respecto a la hemorragia post parto independientemente de los factores de riesgo.

En la tabla # 8, mostramos el porcentaje de cumplimiento del MATEP en nuestra unidad de salud durante el periodo de estudio, encontrando que en el 92.2% de los partos atendidos se realizó de manera adecuada, a pesar de que es una cifra elevada no es alentadora ya que esta estrategia es de cumplimiento obligatorio en todos los partos, y su incumplimiento según la normativa 011, 2018 del MINSA, traduce mala atención del personal de salud.

Los acápite que con mayor frecuencia se incumplieron se reflejan en la Tabla #9; La tracción controlada del cordón umbilical 2.2% y también el 2.2% no cumplió con ninguno de los pasos del MATEP, lo que es alarmante y debería generar preocupación en los centros que prestan atención al parto, ya que se considera el MATEP tanto a nivel nacional como internacional como una de las principales estrategias para prevenir la hemorragia post parto.

Este patrón de incumplimiento se denotó también en el centro de salud “Rosario Pravia” Medina del municipio de Rosita (RAAN), en un estudio realizado por Mendoza el año 2009, quien reporta similares patrones de actitud, los cuales debe de ser evaluados como también lo hicieron Silva y Suarez en 2016 en el centro de salud “Denis Gutiérrez” de Río Blanco, Matagalpa que demostraron que solamente el 71% de su población estudiada conoce y practica cada uno de los pasos del MATEP, situación alarmante ya que se trata de normas y lineamientos del MINSA en pro de reducir la mortalidad materna.

En la tabla #10 se denota la prevalencia puntual de hemorragias postparto (9%), de estas en igual porcentajes (50 %) fueron secundarias a atonía (4/8) y retención de tejidos (4/8) (tabla # 11). Al relacionar la población que presentó hemorragia postparto 9% (8/90) con el incumplimiento del MATEP (Tabla# 14), el 62.5% presentaron hemorragia post parto, por otro lado de las 83 pacientes a quienes se les realizo adecuadamente el manejo activo del tercer periodo del parto hubo un 3.6% que presentaron hemorragia post parto.

En la tabla #15 se evidencia que el no cumplimiento de ningún paso del MATEP predispone en el 100% a la hemorragia postparto, y a causas específicas como retención de tejidos si no se realiza el tercer y cuarto paso del MATEP, además que la retención de restos favorecería la aparición de la atonía uterina.

Si analizamos la tabla #14 nos demuestra una vez más el factor protector del MATEP en la prevención de los eventos hemorrágicos en el puerperio y al mismo tiempo descarta nuestra hipótesis con respecto a que el MATEP no es efectivo en la prevención de la hemorragia post parto ya que al analizar la asociación entre el incumplimiento del MATEP y la aparición de hemorragia post parto se determinó que si existe asociación entre las variables de estudio, mediante la aplicación de la prueba estadística de chi cuadrado el cual fue de $X^2 = 36.65$ ($P=0.000$) ya que en nuestro métodos se consideró que existe asociación cuando el intervalo fue menor a 0.5 ($p < 0.5$), se comparó con este rango ya que se realizó el análisis a un 95% de confianza, de esta manera se rechazara la hipótesis de independencia de las variables nuestros resultados se asemejan a los encontrados en una revisión sistemática y el meta-análisis (Biblioteca de Cochrane) encontraron que MATEP reduce aproximadamente el 60 % de acontecimiento de hemorragia post parto John, 2015.

Además, disminuye sustancialmente el tiempo de estancia hospitalaria, como se muestra en la Tabla #16, en la que el 80.7% de los pacientes a quienes se les aplico el MATEP solo estuvieron ingresados durante 24 horas lo inverso sucedió con las pacientes en las que no se cumplió el MATEP de estas el 71% cumplieron una estancia hospitalaria en nuestra unidad de menos de 24 horas, esto porque se debieron trasladar a una unidad de mayor resolución, donde los días exactos de estancia no son medibles en este estudio, con esto reiteramos que la adecuada implementación del MATEP al disminuye la probabilidad de adquirir infecciones asociadas a los cuidados de la salud, mejora el vínculo y la economía familiar y reduce costos institucionales al disminuir la estancia hospitalaria.

La Tabla #17 nos muestra como la implementación del MATEP nos brinda desenlaces agradables y satisfactorios en las pacientes, es así que se observa que el 92.2% de las pacientes a quienes se les realizó MATEP fueron dadas de alta, y el 80.7% de las pacientes a quienes no se les realizó MATEP necesitaron ser trasladadas a unidad de mayor resolución por complicaciones de origen hemorrágico. Para correlacionar este resultado no se encontraron estudios nacionales ni internacionales ya que los publicados ubican su población y muestra en los hospitales de segundo nivel donde el traslado de una paciente que sufre una hemorragia post parto es extraordinario ya que cuentan con la mayoría de recursos para su manejo y resolución; por lo que consideramos este material de gran valor, como referencia a nuevos investigadores desde la perspectiva de la atención primaria.

Capítulo V

10. Conclusiones

El Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto es eficaz para prevenir la hemorragia post parto si se cumple de manera completa y adecuada.

En la que observamos la mayoría de población estudiada pertenece al grupo etario de 20 – 35 años, lo que es un factor favorable ya que es la edad óptima para la reproducción.

La hemorragia post parto se puede presentar independientemente de los factores de riesgo.

La implementación del MATEP al disminuir el riesgo de hemorragia post parto, disminuye sustancialmente la estancia intrahospitalaria y mejora las condiciones de egreso de las pacientes en las unidades de salud.

11. Recomendaciones

A las autoridades del Ministerio de salud:

Que se activen las comisiones de evaluación al expediente clínico y vigilancia de las complicaciones obstétrica para que se identifique puntos críticos que predispongan a la aparición de problemas de salud, como el planteado en este estudio.

Que se evalúe rigurosamente el cumplimiento de las normas y protocolos ya que el incumplimiento de los mismos denota mala calidad en la atención.

Que se brinde charlas a grupos de riesgos sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos y fortalecer los círculos de adolescentes.

Realizar sesiones de aprendizaje continuo donde se expongan las actualizaciones de las normativas del ministerio de salud, que deben ser de conocimiento obligatorio por cada personal que brinda servicios de salud.

12. Bibliografía

1. ACOG. (2017). Postpartum Hemorrhage. *American College of obstetricians and Gynecologists*, 130(4).
2. Arias, J., & Espinoza, I. (2015). *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 Hospital Bertha Calderon Roque en el I Trimestr del 2014*. Managua: UNAN.- Managua.
3. Bais, J., Eskes, M., Pel, M., & all. (2004). postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women.a dutch population-base cohort study on standard and severe postpartum haemorrhage. *Eur J Obstetric Gynecolo Reprod Biol.*, 115, 166-172.
4. BJOG. (2016). Prevention and management of postpartum haemorrhage.
5. Casale, R., Marco, I. D., & Davison, H. (2018). *consenso Hemorragia Postparto*. SOGIBA.
6. Córdoba, M. (2003). *Manejo Activo del tercer periodo del parto versus manejo expectante del mismo en mujeres atendidas en el servicio de labor y parto del HEODRA entre septiembrede 2002 y enero 2003*. León: UNAN-León.
7. Drife, J. (1997). Management of primary postpartum haemorrhage. *RCOG*, 104, 275-277.
8. EL Nuevo Diario. (04 de Enero de 2019). Nicaragua registro 47 muertes maternas en 2018.

9. Figueras, Narvaez, Aguilera, & all. (2004). Securing reproductive rights. *Lancet*, 363, 75-76.
10. Fogelstan, Friedman, & Larsson. (Julio de 1997). Routine oxytocin in the third stage of labours: a placebo controlled randomised trial. *RCOG*, 104, 781-786.
11. Garnacho, & Monter. (2015). Cristaloides y coloides en la reanimación del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 39(5), 303-315.
12. GRUN, & MINSA. (2012). *Normativa 106: Manual para el llenado de la Historia clínica Perinatal*. Managua: MINSA.
13. GRUN, & MINSA. (2016). *Guía de práctica clínica transfusional de la sangre y sus componentes*. Managua, Nicaragua : MINSA. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
14. GRUN, & MINSA. (2018). Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas (actualización): Hemorragia Postparto CIE-10 072. Managua, Nicaragua: MINSA.
15. John, R. S. (06 de Junio de 2015). Management of the Third Stage of labor. *Medscape*.
16. Jones, D. L. (2000). *Ginecología y Obstetricia*. Barcelona, España: Impresiones Harcourt.
17. Lacayo, & Meza. (2012). *Uso de Oxitocina en el tercer periodo de parto en mujeres atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaraguense*. Managua.

18. MacCormick, M., SAnghvi, H., & kinzie, b. (2002). *preventing postpartum hemorrhage in low-resource settins*. Elsevier.
19. Martínez, S. (2008). *Manejo Activo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia postparto en la sala de labor y parto de HEODRA 2005 al 2007*. León: UNAN- León.
20. Mathai, M., Sanghvi, R., & Guidotti, R. (2002). Integrated Management of pregnancy and childbirth. En *Guia para medicos y obstetras*. OMS.
21. McDonald, S., & all. (2003). *Active vs Expectant management in the third stage of labour*. Cochrane Library.
22. Mendoza, N. (2009). *Evaluacion del cumplimiento de las normas y protocolos para la atenció de la hemorragia post parto en el centro de salud Rosario Pravia Medina del municipio de Rosita (RAAN), en el periodo comprendido del mes de enero del año 2007 a diciembre del 2009*. RAAN: UNAN-León.
23. Millar, & all. (2004). prevention and treatment of postpartum haemorrhage, new advances for low resources rettins. *Jour of midwifery and womans health*, 49, 283-292.
24. MINSA, & GRUN. (2015). *Protocolo de atencion del parto normal*. Managua: MINSA.
25. Mosellas, F., & Ibañez, K. (2000). *Alumbramiento Patológico. Hospital Clínico de la universidad de Chile, Dpt Ginecologia y Obstetricia*. Vitamet CV.

26. OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto*. Ginebra: OMS.
27. OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto*. OMS.
28. OMS. (19 de septiembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
29. PATH. (2012). *Introducción de oxitocina en el sistema de inyección Uniject, durante el MATEP a nivel institucional en Honduras: Evaluación de la aceptación y viabilidad de la introducción de oxitocina Uniject para el MATEP*. Teucigalpa: OMS.
30. Piloto, M., & all. (septiembre de 2010). Impacto materno del manejo activo del alumbramiento. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(3), 322-332.
31. Pongonza, A. L. (07 de Marzo de 2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <http://www.paho.org/ralacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/registro-adecuado-de-causas-de-muerte/item/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna>
32. POPPHI, P. o. (2012). *Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto*. PATH. Obtenido de <http://www.pphprevention.org/amtslweb.sp/index.html>
33. Silva, A., & Suárez, S. d. (2016). *Conocimientos y Prácticas de médicos y enfermeras en relación al manejo activo del tercer período del parto, en el centro de salud de Río Blanco*. RACN: UNAN-León.

34. Stephenson, P. (2015). *Manejo Activo del Tercere Periodo del Trabajo de parto: una practica simple para prevenir hemorragia posparto*. USAID. scribd.
Obtenido de <https://es.scribd/doc/251556035/Manejo-Activo-del-Tercer-Periodo-Del-Trabajo-de-Parto>
35. Zelaya, D. T. (2014). *Factores de riesgos de la hemorragia posparto y el cumplimiento del MATEP en pacientes embarazadas ingresadas en la sala de labor y parto del HEODRA durante octubre del 2010 a enero del 2013*. León: UNAN-León.

13. Anexos.

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #1. Edad de las pacientes en estudio

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo Etarios	Menor de 20 años	24	26.7
	20 - 35 años	51	56.7
	mayor de 35 años	15	16.7
	Total	90	100.0

Fuente: ficha de recolección.

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #2. Zona de origen de las paciente según accesibilidad

		Frecuencia	Porcentaje
Zona originaria	Urbano	42	46.7
	Rural	48	53.3
	Total	90	100.0

Fuente: ficha de recolección.

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #3. Número de embarazos previos

	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	55	61.1
Multigesta	23	25.6
Gran Multigesta	12	13.3
Total	90	100.0

Fuente: Ficha de recolección.

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #4. Número de embarazos previos Vs Edad de las pacientes en estudio

		Edad de las pacientes en estudio			Total
		Menor de 20 años	20 - 35 años	mayor de 35 años	
Número de embarazos previos	Primigesta	17	30	8	55
	Multigesta	5	12	6	23
	Gran Multigesta	2	9	1	12
Total		24	51	15	90

$\chi^2 = 3.741$ $P = 0.442$

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #5. Edad gestacional al momento del parto.

		Frecuencia	Porcentaje válido
Edad Gestacional	menor de 37 SG	2	2.2
	37 - 41 SG	87	96.7
	más de 41 SG	1	1.1
	Total	90	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #6. Número de controles prenatales.

		Frecuencia	Porcentaje
CPN	ninguno	15	16.7
	1 - 3	44	48.9
	≥ 4	31	34.4
	Total	90	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #7. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto.

		Frecuencia	Porcentaje
Factor de riesgos	Anemia	1	1.1
	Macrosomía fetal o Polihidramnios	1	1.1
	Síndrome hipertensivo gestacional	2	2.2
	ninguna	38	42.2
	Multigesta	28	31.1
	Adolescente	20	22.2
	Total	90	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #8. Cumplimiento del MATEP

		Frecuencia	Porcentaje
Cumple MATEP	si	83	92.2
	no	7	7.8
	Total	90	100.0

Fuente: Lista de chequeo. Normativa, 011, MINSA

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #9. Pasos incumplidos del MATEP

	Frecuencia	Porcentaje
No aplica oxitocina en el primer minuto	1	1.1
no realizó pinzamiento tardío del cordón umbilical	1	1.1
No realizo tracción controlada del cordón umbilical	2	2.2
no realizo masaje uterino posterior al alumbramiento	1	1.1
cumple todo el MATEP	83	92.2
No cumple con ningún paso del MATEP	2	2.2
Total	90	100.0

Fuente: Lista de chequeo. Normativa, 011, MINSA

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #10. Pacientes que presentaron hemorragia post parto

Hemorragia post parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	9
No	82	91
Total	90	100.0

Fuente: Ficha de recolección de la información

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #11. Etiología (causa) de la Hemorragia Postparto

Etiología de la Hemorragia Postparto	Frecuencia	Porcentaje
Atonía	4	4.4
Tejido (retención de placenta o restos)	4	4.4
Ninguna	82	91.1
Total	90	100.0

Fuente: Ficha de recolección de la información

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla # 12 Número de gestaciones Vs Etiología de la hemorragia postparto

	Número de embarazos previos			Total
	Primigesta	Multigesta	Gran Multigesta	
Atonía	1	2	1	4
Tejido (retención de placenta o restos)	2	2	0	4
ninguna	52	19	11	82
Total	55	23	12	90

$X^2=4$ $P= 0.406$

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019

Tabla #13. Tabla cruzada factores de riesgo Vs hemorragia postparto

		Hemorragia postparto		Total
		Si	No	
factores de riesgo asociados a la Hemorragia post parto	Anemia	0	1	1
	Macrosomía fetal o polihidramnios	0	1	1
	Síndrome hipertensivo gestacional	0	2	2
	ninguna	2	36	38
	Multigesta	4	24	28
	adolescente	2	18	20
Total		8	82	90

$X^2 = 55.66$ P= 0.000

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #14. Tabla cruzada Cumplimiento del MATEP Vs hemorragia post parto

		Hemorragia Post parto		Total
		Si	No	
Cumplimiento del MATEP	si	3	80	83
	no	5	2	7
Total		8	82	90

$X^2 = 36.65$ P=0.000

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #15 Pasos incumplidos del MATEP vs causas de la hemorragia post parto.

Cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto	Etiología de la hemorragia post parto			Total
	Atonía	Restos ovulares	ninguna	
no aplica oxitocina en el primer minuto	0	0	1	1
	0.0%	0.0%	1.1%	1.1%
no realizó pinzamiento tardío del cordón umbilical	0	0	1	1
	0.0%	0.0%	1.1%	1.1%
No realizo tracción controlada del cordón umbilical	1	1	0	2
	1.1%	1.1%	0.0%	2.2%
no realizo masaje uterino posterior al alumbramiento	0	1	0	1
	0.0%	1.1%	0.0%	1.1%
cumple todo el MATEP	2	1	80	83
	2.2%	1.1%	88.9%	92.2%
No cumple con ningún paso del MATEP	1	1	0	2
	1.1%	1.1%	0.0%	2.2%
Total	4	4	82	90
	4.4%	4.4%	91.1%	100.0%

$\chi^2 = 65.65$ $P = 0.000$

Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #16. Tabla cruzada Cumplimiento del MATEP vs Tiempo de estancia hospitalaria

		Tiempo de estancia hospitalaria			Total
		menos de 24 horas	24 horas	más de 24 horas	
Cumplimiento del MATEP	si	3	67	13	83
	no	5	1	1	7
Total		8	68	14	90

$X^2= 37.36$ $P=0.000$

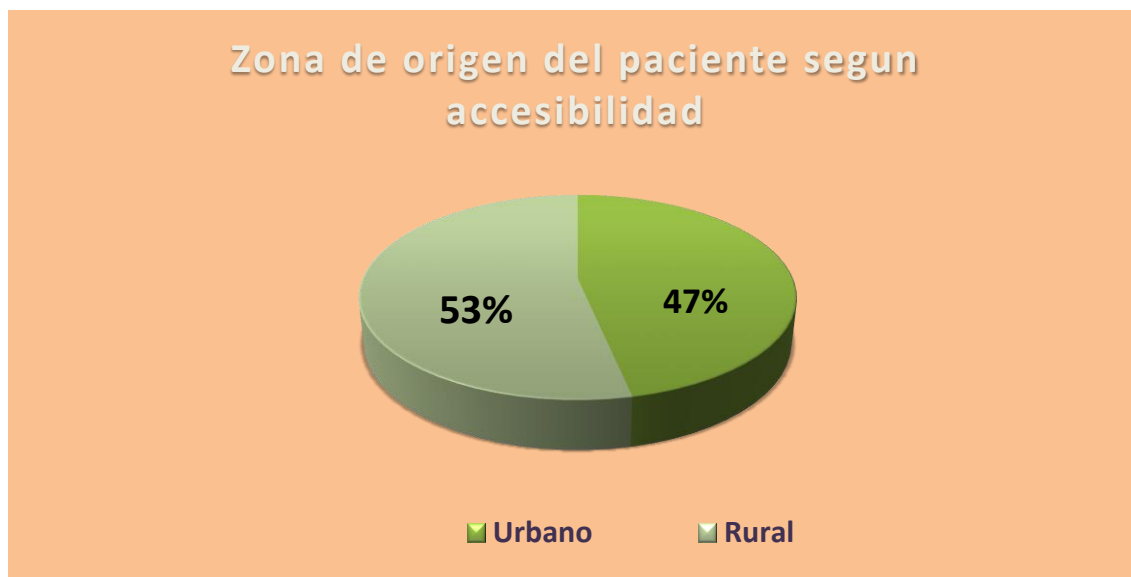
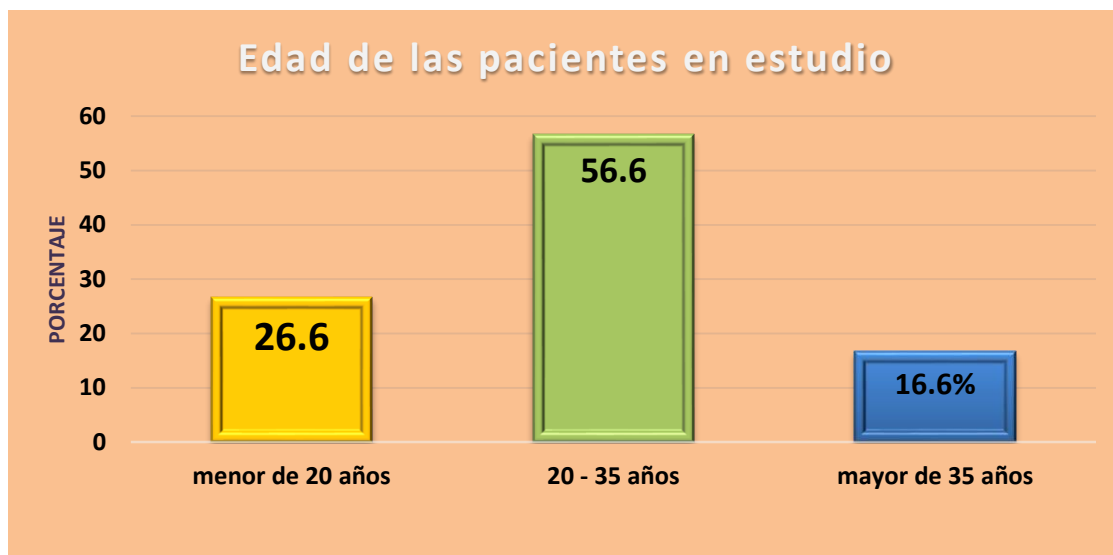
Eficacia del Manejo Activo del tercer periodo del parto en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud “Adrián Amaya Samayoa” -El Ayote, RACCS de Julio a diciembre del año 2019.

Tabla #17. Tabla cruzada Cumplimiento del MATEP vs Desenlace de la paciente

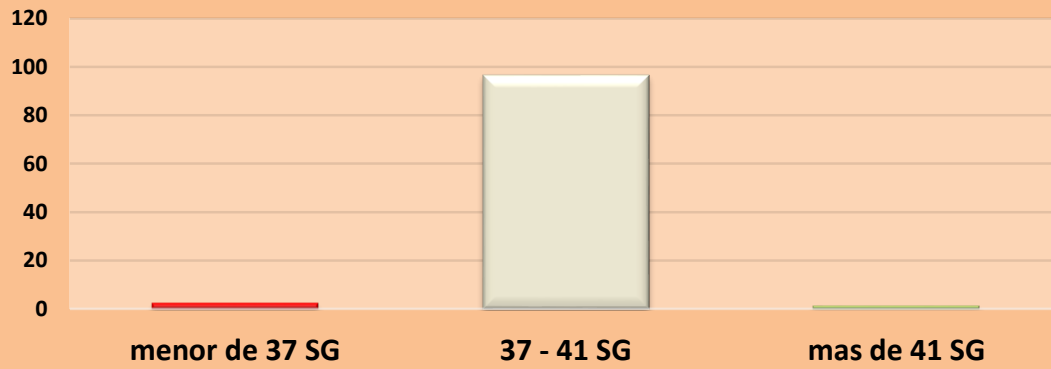
		Desenlace de la paciente		Total
		alta	Traslado a segundo nivel	
Cumplimiento del MATEP	si	80	3	83
	no	2	5	7
Total		82	8	90

$X^2= 36.65$ $P=0.000$

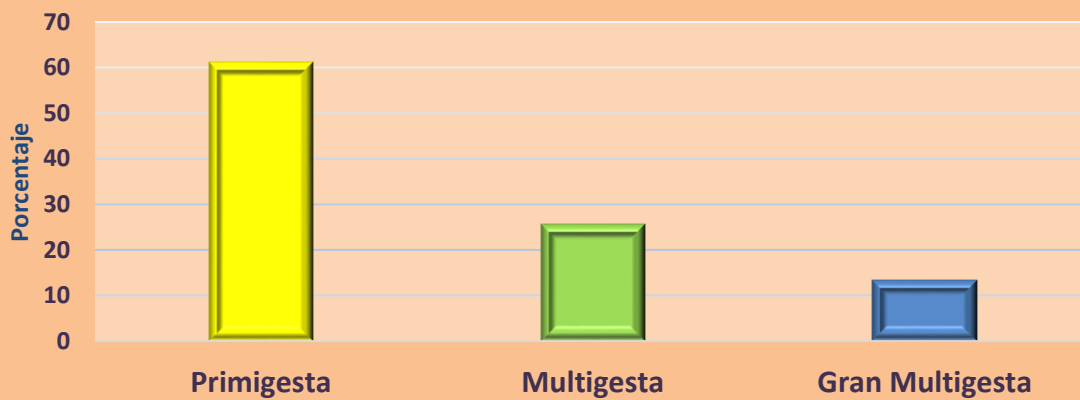
Gráficos:



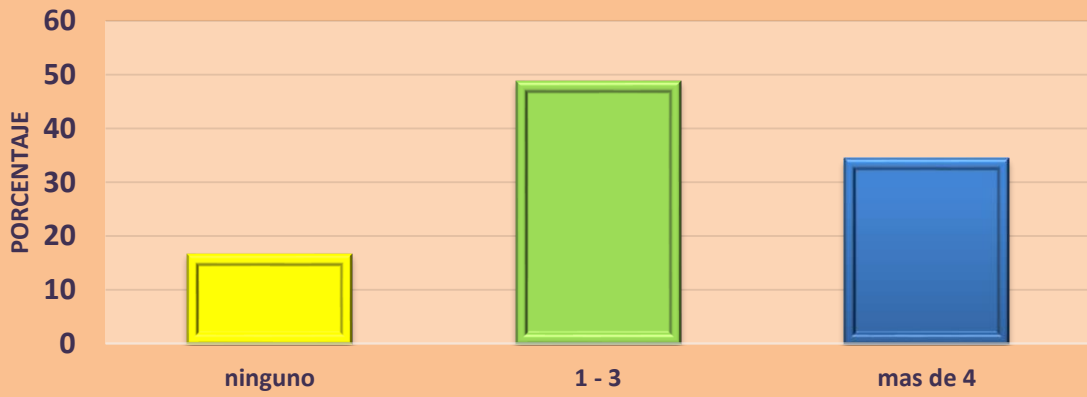
Semanas de gestacion confirmadas por fecha de última menstruación o ultrasonido.



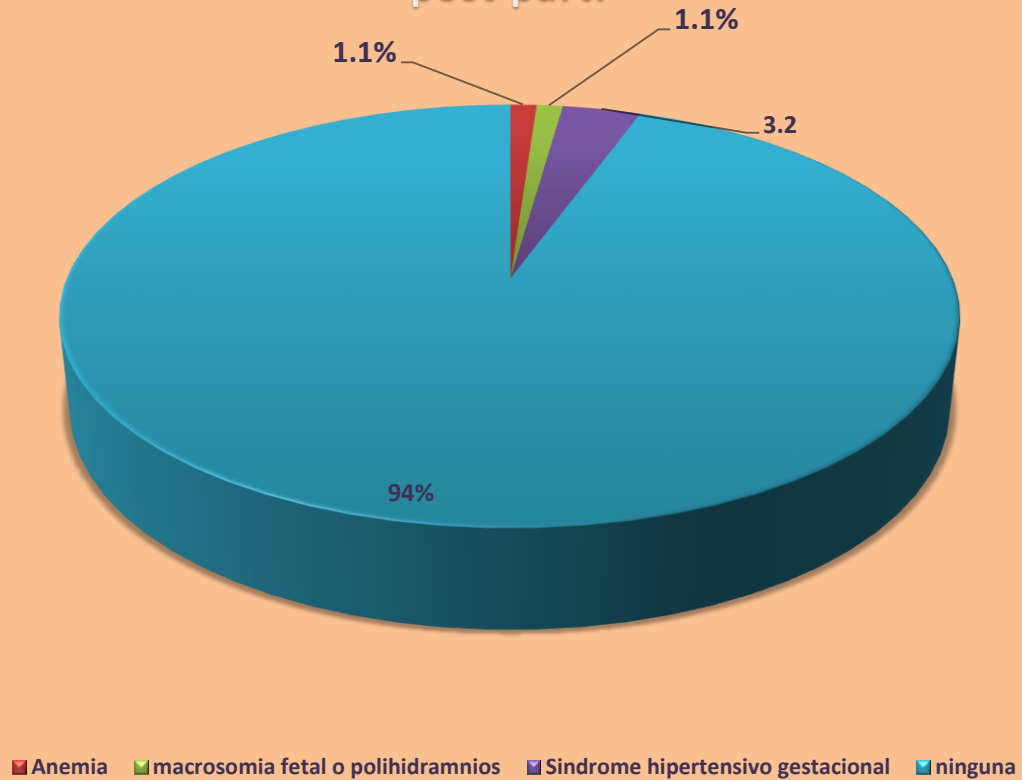
Clasificación de embarazada según gestaciones



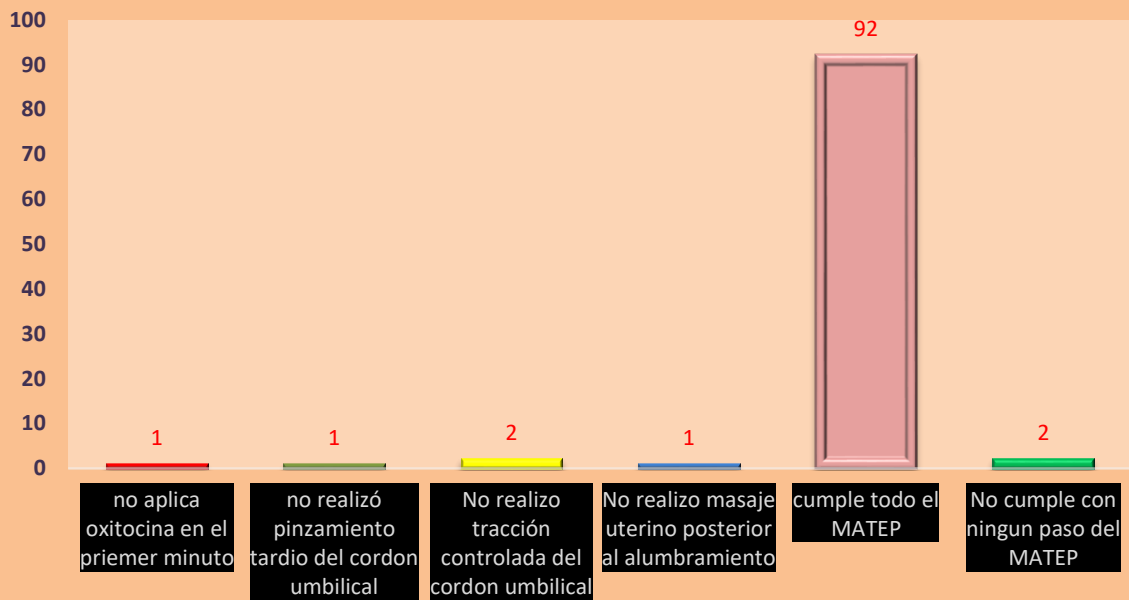
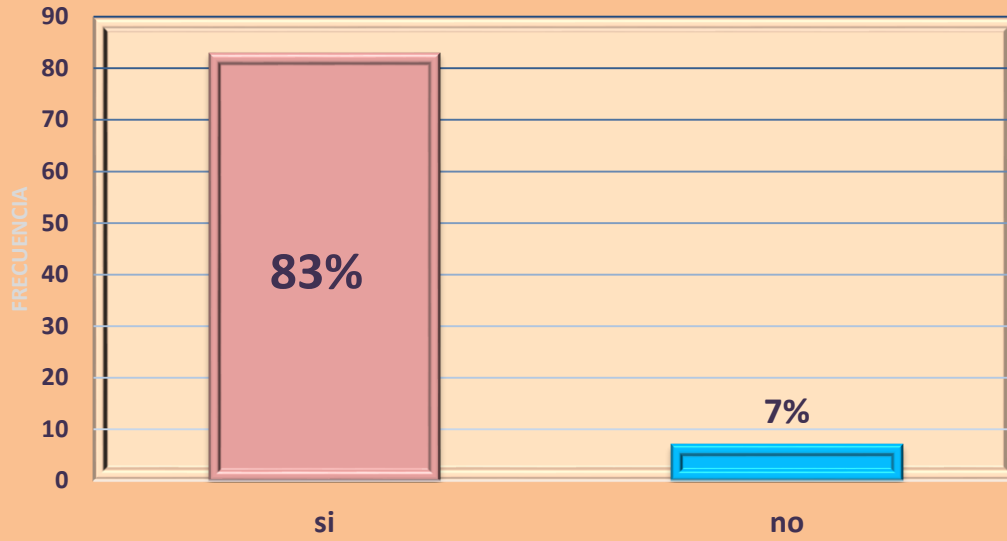
Número de Controles prenatales



factores de riesgo asociados a la Hemorragia post part.

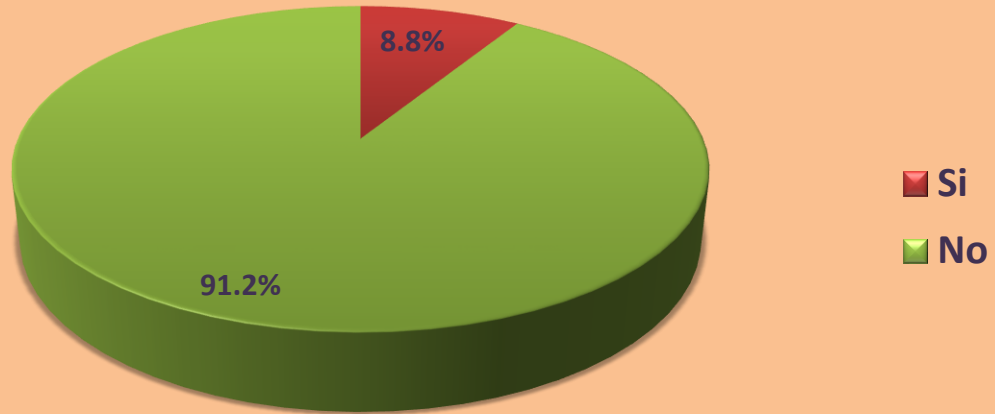


Porcentaje de cumplimiento del MATEP

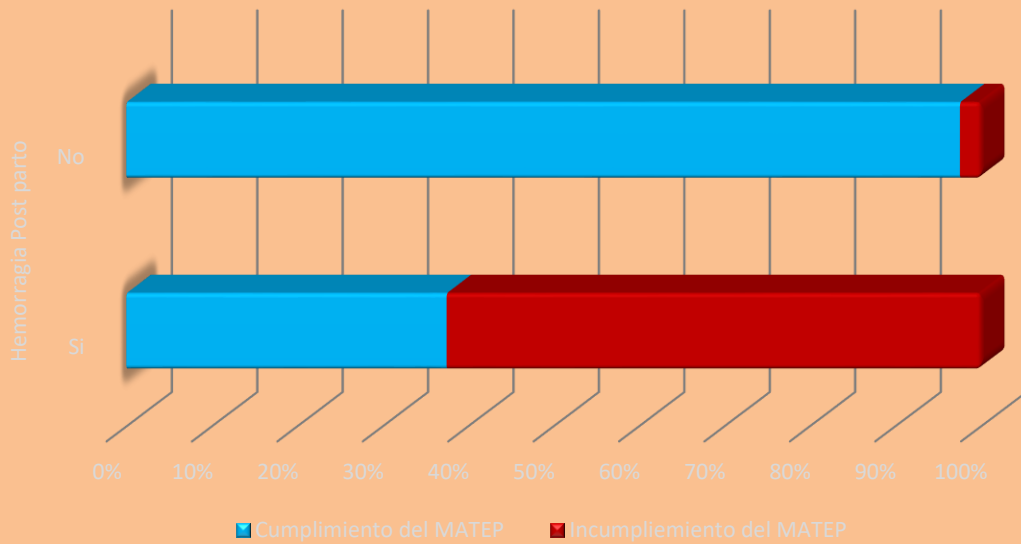


- no aplica oxitocina en el primer minuto
- no realizó pinzamiento tardío del cordón umbilical
- No realizo tracción controlada del cordón umbilical
- No realizo masaje uterino posterior al alumbramiento
- cumple todo el MATEP
- No cumple con ningún paso del MATEP

Hemorragia postparto



Cumplimiento del MATEP vs hemorragia postparto



Ficha de recolección de la información

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
 Facultad de Ciencias Médicas
 Ficha de recolección de datos

Eficacia del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en el centro de salud Adrián
 Amaya Samayoa – El Ayote, RACS, de julio-diciembre 2019

Datos del paciente							
Expediente			Numero de ficha		Fecha		
Variables	Tendencia encontrada.						
Edad		<20 años		20 a 35años		≥35 años	
Procedencia:	Urbano			Rural			
Antecedentes							
Características Gineco- -obstétricas:	Edad gestacional	<37 SG		37 a 41		>41 Sg	
	Numero de CPN						
Antecedentes personales Patológicos	Anemia	Embarazo gemelar.		Tabaquismo		Coagulopatías.	
	Macrostomia fetal y poli hidramnios.	Lupus		Obesidad		Ninguna.	
Manejo activo del tercer Periodo del parto							
1.Administración de 10 UI Oxitocina	Si		No				
2. Pinzamiento cordón umbilical	Tardío		Precoz				
3. Tracción- contratracción	Si		No				
4. Masaje uterino	Si		No				
Evolución del paciente							
Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:		<24 hrs	hrs	>24 horas		
Hemorragia Postparto:	Si		No				
Causas de Hemorragia postparto:	Tono (atonía uterina)	Si		No			
	Trauma (Inversión uterina)	Si		No			
	Retención de tejidos	Si		No			
Egreso	Alta		Referencia		Muerte Materna		

Porcentaje de parturientas (vaginal o cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP), a fin de reducir la Hemorragia Post Parto. Normativa 011- 2015
 Segunda edición página 38.

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (MATEP): Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA. Cada número corresponde a un expediente de Parto Vaginal o Cesárea monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar <u>1</u> en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica) , en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple, se marcará con <u>1</u> solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).																					
CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
1-Se aplicó a la parturienta (parto/cesárea) 10 UI IM de Oxitocina inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible dentro del 1er minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción.																					
2-Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar.																					
3-Tensión controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contra tracción(rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).																					
4-Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 mins durante las primeras 2 horas.																					
EXPEDIENTE CUMPLE :																					
PromedioGlobal:																					