

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS



**CALIDAD EN EL MANEJO DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POST
PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR
ESCUELA DR ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE ABRIL 2015 A SEPTIEMBRE 2015**

AUTOR: Dr. Narciso Elías Osorio Ríos

TUTOR: Dr. José Boanerge Aragón

ASESOR METODOLOGICO: Dr. Christian Sánchez

Especialista en Ginecología.

Mayo 2016

DEDICATORIA

A Dios, señor y dador de la vida, que me ha levantado cada vez que me tropiezo y me brinda siempre esperanza, fé y fuerzas para seguir este arduo camino; me brindo la sabiduría para comprender y alcanzar un logro mas en mi vida que me permite cumplir mis ideales y dar servicio a los demás.

A mi padre Jose Elias Osorio y madre Sandra Rios Mayorga quienes siempre han estado conmigo y quienes con su apoyo, amor y su cariño me dan fuerzas para superarme cada día en la lucha continua para enfrentar la vida, ya que cada logro personal alcanzado se lo debo a ellos.

A mi tia Indiana Miranda y esposa Alba Arevalo quienes son el faro que me alienta a seguir esta travesia en la vida, por todo el apoyo incondicional y la paciencia brindada, durante todos estos años de estudio de la especialidad que no pude estar siempre con ellos.

A mi tutor y Maestros , por su inmensa paciencia y apoyo incondicional y guiarnos durante estos 4 años de estudio en crecimiento profesional, porque de cada uno aprendimos mucho.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi fuente de esperanza, luz y sabiduría. Por bendecirme con el don de la vida y por permitirme culminar este logro y esta experiencia fructífera al contribuir a preservar otras vidas.

Al Dr. Jose Boanerge Aragon , por haber sido mi tutor en este trabajo monografico y por su dedicación no solo en este momento si no durante los 4 años de mi pos grado, que transmitio de sus conocimiento y que me permitió cumplir esta meta.

A mis maestros, quienes incondicionalmente han compartido conmigo sus conocimientos y experiencias, ya que a traves de estos logre alcanzar un bastion mas en mi carrera.

A mis docentes, por su apoyo incondicional en el transcurso de la especialidad.

A las pacientes, pieza fundamental de nuestra formación. Ellas son la razón de ser y el eslabon importante de nuestra especialidad.

OPINION DEL TUTOR

Siendo la hemorragia post parto una de las principales complicaciones y la primera causa de mortalidad materna, es importante que nuestros estudiantes conozcan el manejo de esta entidad con el fin de prevenir la muerte materna. Por ello considero que el Hospital militar escuela Alejandro Dávila Bolaños, debe priorizar el cumplimiento de dicha norma y enfatizar en la actualización periódica del personal médico, aplicando los conocimientos a la practica con el propósito de evitar las decisiones radicales y aplicar nuevos procedimientos con el fin de mejorar la calidad de vida reproductiva de nuestras pacientes.

No encontramos estudios que valoraran la calidad de atención que brindamos en nuestro centro hospitalario a las pacientes con Hemorragia post parto, por lo que pensamos que este trabajo será el inicio que motivara a otros a autoevaluar la calidad de atención brindada.

La importancia de este estudio, radica en la evaluación de protocolo que impulsa una estrategia de prevención de mortalidad materna a través de la profilaxis de la hemorragia postparto y su tratamiento adecuado.

Felicito al Dr. Elías Osorio Ríos MR4 de ginecobstetricia del Hospital militar, por su iniciativa, la cual sembrara precedente para en el futuro dar una mejor y oportuna atención de nuestras pacientes.

Dr. José Boanerge Aragón

Gineco- obstetra HMADB

Resumen

El este estudio se realizó en el servicio de ginecología del Hospital militar Alejandro Dávila Bolaños, donde se atendieron las parturientas de parto vaginal o cesárea y con el diagnóstico de hemorragia postparto, con el objetivo de identificar la calidad en el manejo de la hemorragia postparto mediante la aplicación de la ficha de cumplimiento.

La hemorragia postparto es una causa importante de muerte materna, sin embargo no tuvimos muerte materna del total de nacimiento en el Hospital escuela Alejandro Dávila Bolaños en 6 meses que se realizó el estudio.

La principal causa de hemorragia post parto fue la hipotonía uterina, seguida de los desgarros del canal del parto y la retención de placenta y restos ovulares. Sin embargo las pacientes en el presente estudio no tenían una sola causa ya que se encontró que tenían una o dos causas de las previas descritas.

Por lo tanto se considera que el personal de salud de nuestra Unidad cumple con el abordaje de la hemorragia postparto establecidas en las normas del Ministerio de Salud; evaluado en nuestra variables las cuales fueron elaboradas de acuerdo al formato de evaluación de la normativa con cumplimiento de los acápite según el orden en el abordaje de esta patología, teniendo como resultado de indicador de calidad que no tuvimos ninguna muerte materna en el periodo de estudio.

CONTENIDO O INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

OPINION DEL TUTOR

RESUMEN

| | | |
|-------|----------------------------|----------|
| I. | INTRODUCCIÓN | -----1 |
| II. | ANTECEDENTES | ----- 2 |
| III. | MARCO TEORICO | ----- 3 |
| IV. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | ----- 23 |
| V. | JUSTIFICACION | -----24 |
| VI. | OBJETIVOS | -----25 |
| VII. | DISEÑO METODOLÓGICO | ----- 26 |
| VIII. | RESULTADOS | -----33 |
| IX. | DISCUSIÓN | -----34 |
| X. | CONCLUSION | ----- 35 |
| XI. | RECOMENDACIONES | -----36 |
| XII. | BIBLIOGRAFIA | ----- 36 |
| XIII. | ANEXOS | -----40 |

I INTRODUCCIÓN

La hemorragia post parto (HPP) es la principal causa de muertes maternas a nivel mundial. La HPP usualmente ocurre de manera inesperada y puede llevar a la muerte en menos de dos horas si no se provee tratamiento. En muchos países en desarrollo, una mujer que empieza a experimentar hemorragia tiene pocas o nulas oportunidades de acceder a la atención de salud para salvar su vida. Por ende, prevenir la HPP constituye una estrategia de importancia crítica para reducir la mortalidad materna.

La atonía uterina, es la principal causa de HPP y puede prevenirse en la mayoría de casos mediante una práctica clínica basada en evidencia conocida como manejo activo del tercer período del parto (MATEP). No obstante, muchos servicios de salud a nivel mundial no proveen de forma rutinaria el MATEP, ni los estándares de calidad en el manejo, lo cual representa un problema grave de calidad en la atención de la salud materna.

Las Naciones Unidas han incluido la reducción de la Mortalidad Materna, como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para ello plantea la necesidad de proporcionar atención médica de calidad. La incidencia de la hemorragia post parto es 5% a 15% aproximadamente, con una mortalidad del 1/1.000 en países en vías de desarrollo y la prevalencia aproximada es de 13%.

En el transcurso de la historia se han incorporado diferentes aspectos de la definición de la calidad de atención.

Lee y Jones, definieron la atención médica de calidad como aquella que se reduce a la práctica de la medicina racional, basada en las ciencias médicas y que se caracteriza por subrayar la prevención; requerir la colaboración entre los usuarios y los proveedores de la medicina científica, tratar al individuo como un todo, mantener una estrecha y continua relación entre médico y paciente, coordinarse con el trabajo del bienestar social, coordinar todos los tipos de servicios médicos y aplicar todo los servicios necesarios según la medicina científica moderna.

Esto no solo abarca a las autoridades gubernamentales, sino también a los responsables de tomar decisiones en los distintos centros de salud estatales o privados, y también al médico afectado a la atención de cada caso, quien en definitiva tendrá que tomar decisiones acertadas y en el tiempo oportuno

III ANTECEDENTES

Desde 1972 se han ido añadiendo definiciones y otros aspectos de atención de calidad hasta configurar la propuesta del instituto de medicina, Donabedian para definir la calidad empieza por lo que es el modulo más simple y complejo de la atención: el tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado.

A nivel nacional se encontraron pocos estudios sobre hemorragia post parto y ninguno que abordara los estándares de calidad en la atención de esta patología, entre los que se encontraron están: .

En el año 2010 en el Hospital Fernando Vélez Paíz se elaboró un protocolo del manejo activo del tercer periodo para la prevención y tratamiento de la HPP.

En el año 2011 en el Hospital Fernando Vélez Paíz se elaboró un estudio sobre manejo activo del tercer período del trabajo de parto y manejo de hemorragia post parto, según el Protocolo Normado en el período del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2011.las principales causas de hemorragia post parto la constituyen la hipotonía uterina, No se presentó ninguna histerectomía, ni muerte materna por hemorragia post parto en el periodo de estudio.

Un estudio realizado en el Hospital de Referencia Nacional Bertha Calderón Roque en el 2011, se concluyó una incidencia del 3.7% de incidencia de Hemorragia post parto, la atonía uterina fue la primera causa representando el 51% del total de las hemorragias post parto en esta unidad, donde se aplicó el MATEP y hubo cumplimiento del protocolo en un 97.6% de los casos, menos del 16% requirió histerectomía como último recurso.

.En un estudio de cohorte prospectivo que incluyo todos los nacimientos ocurridos por parto vaginal entre Octubre y Diciembre de 2003 y entre Octubre y Diciembre de 2005 realizados en Argentina y Uruguay la hemorragia post parto ocurrió en 10,8% de los partos.

II MARCO TEÓRICO

En general, el 40% de los embarazos se complica, y el 15% presenta una morbilidad severa. Esto es equivalente a 30 millones de embarazos complicados en el mundo. Dichas complicaciones, si no son atendidas o son atendidas en un modo inadecuado, tienen un riesgo elevado de desencadenar la muerte.

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia post parto (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.

En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva siendo las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.(38) 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.

La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, depende del estado físico de la paciente, de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto establecer cuando una hemorragia requiere una intervención activa estará determinado no solo por la evaluación del sangrado sino que de la paciente en su conjunto.

La mayor parte de las muertes maternas ocurren dentro de las cuatro primeras horas post parto 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.

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, son entonces las medidas que disminuyen la proporción de madres que mueren por dicha complicación y depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada. (OMS, 2008)

DEFINICIÓN

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

Etiología:

1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:

- Sobredistensión uterina.
- Agotamiento de la musculatura uterina.
- Infección, Corioamnionitis.
- Anomalía uterina.
- Fármacos útero-relajantes.

2. Trauma (20 %):

- Laceración cervico-vaginal.
- Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
- Ruptura uterina.
- Inversión uterina.

3. Retención de restos postparto (10 %):

- Retención de restos (placenta, membranas).
- Alumbramiento incompleto.

4. Trombina (Alteraciones de la coagulación):

- Alteraciones de la coagulación preexistentes.
- Alteración adquirida durante la gestación.

CLASIFICACIÓN

- **Hemorragia post parto inmediata:** Es la que se produce en las primeras 24 horas posterior 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.

FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en **4 T**:

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

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

1. Para que se presente alteraciones del tono uterino:

- Polihidramnios.
- Malformaciones fetales.
- Hidrocefalia.
- Parto prolongado o precipitado.
- Multiparidad.
- RPM prolongada.
- Fiebre.
- Miomas uterinos.
- Placenta previa.
- Betamiméticos, Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.

2. Trauma en músculo uterino:

- Parto instrumentado.
- Parto precipitado.

- Episiotomía.
- Mal posición fetal.
- Manipulación intrauterina fetal.
- Presentación en plano de Hodge avanzado.
- Cirugía uterina previa.
- Parto Obstruido.

- Placenta fúndica.
- Tracción excesiva del cordón.
- Paridad elevada.

3. Tejido:

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

4. Alteraciones de la coagulación:

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

DIAGNÓSTICO

| Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos | Signos y síntomas que a veces se presentan | Diagnóstico probable | Frecuencia y Etiología |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Hemorragia post parto inmediata Útero blando y no retraído | Taquicardia Hipotensión | Atonía uterina | Causa: Anomalía de la Contractilidad |
| Hemorragia post parto inmediata | Placenta íntegra Útero contraído | Desgarros del cuello uterino, vagina o periné | Causa: Traumática |
| No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal Dolor intenso | Inversión uterina visible en la vulva Hemorragia post parto inmediata | Inversión uterina | |
| Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal) | Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta | Ruptura uterina | |
| No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo | Útero contraído | Retención de placenta | Causa: Retención de Productos de la gestación |
| Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas | Hemorragia postparto inmediata Útero contraído | Retención de restos placentarios | |
| Sangrado leve que | Sangrado | Retención de | |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto | variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia | restos placentarios | |
| Sangrado no cede a medidas anteriores Sangrado en sitios de punción No formación de coágulos sanguíneos | Prueba de coagulación junto a la cama (ver anexo final No. 2) Fibrinógeno <100 mg/dl Plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados | Alteraciones de la coagulación. | |

Auxiliares diagnósticos: Pruebas de laboratorio

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

Es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tiende a subestimar el volumen real de pérdida entre un 43% a un 50%; motivo por el cual la incidencia de Hemorragia Postparto varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16%.

| 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 |

TRATAMIENTO, MANEJO Y PROCEDIMIENTOS

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Durante la Atención Prenatal.

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

Durante el Parto.

Prevención de la hemorragia post parto.

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

MATEP:

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de ergometrina IM (si no está disponible la oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción.
2. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
3. Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche 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 minutos durante las primeras 2 horas.

Durante la hemorragia post-parto.

Primer Nivel de Atención

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

Segundo Nivel de Atención

- Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:
- Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.
- Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).
- Posición de Trendelemburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).
- Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.
- Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.
- Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusión de Paquete Globular, hay que transfundir 4 Unidades de plasma fresco congelado (PFC).
- En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal.
- Realizar pruebas de BHC completa, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
- Por cada 6 uds de paquete globular transfundir 4 unidades de Plasma fresco congelado cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).

- Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada 10 kg de peso corporal.
- Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.
- Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
- Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica más la sistólica entre 3).
- Antibioticoterapia en todos los casos de Hemorragia Post Parto:

Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. (38)

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

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

Manejo según causa

ATONÍA UTERINA

a. Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si el sangrado continua administrar **Ergonovina** a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. Si aún el sangrado continua agregar **Misoprostol** en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.

b. Masaje uterino continuo.

c. Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.

d. Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia.

DESGARRO VULVO-PERINEAL, VAGINAL O CERVICAL

Sutura de los mismos de ser identificables.

RUPTURA UTERINA

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

INVERSIÓN UTERINA reubicar en trauma

- **Su restitución debe hacerse de inmediato**, bajo sedación o anestesia general y/o regional el cual es un relajante de la musculatura uterina,

con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Johnson).

- Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica del útero (Maniobra de Huntington o la Maniobra de Haultani).

RETENCIÓN PARCIAL DE PLACENTA (ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO):

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

RETENCIÓN DE PLACENTA

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

- Administre oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.
- Estime la cantidad de sangre perdida.
- Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión de la placenta.
- Practique tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).
- Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado las maniobras anteriores llevar a la paciente a sala de operaciones y realizar la extracción manual de placenta con personal capacitado. (Anexo N°6).
- Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un acretismo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

Una vez extraída o expulsada la placenta:

- Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.
- Mantenga la infusión de oxitocina por lo menos 6 horas.
- Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.
- Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina, y realice transfusión sanguínea si es necesario.
- Indique sulfato o fumarato ferroso.
- La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.
- Brindar consejería a la paciente sobre el uso de un método anticonceptivo.

Hemorragia Tardía post-parto:

- Generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios por lo que se deberá manejar como endometritis por restos placentarios. (Ver protocolo de sepsis puerperal).

TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

- Tratar la enfermedad subyacente si la hay.
- Uso de Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, como medida ideal. Si no se cuenta con Crioprecipitado, iniciar transfusión de Plasma Fresco Congelado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, lo que incrementa el fibrinógeno en 10 mg/dl por cada unidad.
- Mantener el recuento plaquetario mayor de 50,000 (Recordar que 1 unidad plaquetaria aumenta en por lo menos 5,000 plaquetas).
- Mantener hematocrito en 30% (cada unidad de paquete globular aumenta en 3% el hematocrito).
- Realizar interconsulta con Medicina Interna.

Procedimientos Quirúrgicos en la Hemorragia Post Parto (atonía uterina)

| Procedimiento | Ventajas de la técnica | Desventajas de la técnica | Comentarios |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ligadura de las arterias uterinas uni o bilateral | Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida | Poco realizada | Eficacia: 35% (unilateral) 75% (bilateral) |
| Ligadura de ligamento Útero-ovárico | Conserva la fertilidad Muy aplicable | Poco realizada | Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe |
| Ligadura de las arterias hipogástricas | Conserva la fertilidad | Poco realizada Más difícil de realizar Requiere mayor tiempo Mayor riesgo de complicaciones (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter) | Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la arteria ilíaca |
| Sutura B-Lynch | Conserva la fertilidad | Poco difundida | Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero |
| Histerectomía subtotal | Más rápida Muy conocida | No conserva la fertilidad | Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales |
| Histerectomía total | Muy conocida | No conserva la fertilidad Más difícil que la anterior | Puede ser la mejor opción para los casos de Acretismo placentario o desgarros altos del cérvix |

COMPLICACIONES

- ✓ **Anemia:** Cuando la concentración de Hemoglobina o hematocrito del paciente, disminuyen de un valor esperado (42% de Hematocrito en la mujer adulta, Hemoglobina 14 g/100ml) hasta Hemoglobina menor a 7-8g/100ml.
- ✓ **Insuficiencia renal aguda:** Es una abrupta declinación en la función de filtración renal, definida como pre renal cuando representa una respuesta adaptativa a una depleción severa de volumen e hipotensión, con nefronas estructuralmente intactas; se manifiesta con la retención de productos de desecho nitrogenados y la alteración del equilibrio electrolítico y acido base. La oliguria (diuresis menor de 400ml por día) es frecuente aproximadamente en 50% de casos, pero no constante
- ✓ **Coagulopatías:** Trastorno de la coagulación sanguínea relacionado a la hipo perfusión tisular por hemorragia, con hiperfibrinólisis mediado por la vía de la proteína C; la coagulopatías temprana aguda asociada con daño traumático, se ha reconocido como una condición primaria multifactorial que resulta de una combinación de hipo perfusión, generación de trombina relacionada al daño tisular y la activación de anticoagulantes y la vía fibrinolítica. Las manifestaciones hemorrágicas involucran la piel y/o las membranas mucosas con equimosis, petequias, epistaxis, gingivorragia, hematuria, sangrado gastrointestinal, sangrado en las venopunciones o aumento del sangrado uterino.
- ✓ **Arresto cardiaco:** El abrupto cese del funcionamiento cardiaco que es una presentación inicial común de enfermedad cardiovascular; hasta el 72% de pacientes se presentan con asistolia o actividad eléctrica no pulsátil como el ritmo cardiaco inicial, el resto de pacientes tienen taquicardia ventricular o fibrilación.
- ✓ **Infertilidad:** Perdida de la capacidad de concebir o gestar un embarazo en este caso por la remoción quirúrgica del útero.

- ✓ **Síndrome de dificultad respiratoria del adulto:** Desorden heterogéneo con numerosas causas pulmonares y no pulmonares asociado a un riesgo significativo de mortalidad; se caracteriza por una respuesta inflamatoria excesiva con depósitos de fibrina y formación de membrana hialina en el espacio alveolar.

Hay una lesión morfológica específica llamada **daño alveolar difuso**, se desarrolla rápidamente en la mayoría de pacientes entre 12-48 hrs de la exposición al factor desencadenante y puede afectar al pulmón directamente, vía compartimiento alveolar e indirectamente vía compartimiento vascular con edema del espacio aéreo y el intersticio, exudado neutrofílico que resulta en alteración severa del intercambio de gas

Muerte: Interrupción de la vida indicada por la ausencia de latido cardíaco o de respiración; es muerte legal con ausencia total de actividad en el cerebro y en el resto del sistema nervioso central, el sistema circulatorio y respiratorio, observada y declarada por un médico.

- ✓ **Otras:** Shock hipovolémico, Endometritis, Sepsis.

Criterios de alta

- ✓ Ausencia de sangrado anormal.
- ✓ Hematocrito en límites aceptable posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%.
- ✓ Signos vitales en límites normales.
- ✓ No hay signos de infección.
- ✓ Herida quirúrgica sin complicaciones.
- ✓ Al recuperar su estado de salud, será contra referida a la unidad de salud de su procedencia.
- ✓ Consejería y oferta de método de planificación familiar.
- ✓ Consejería sobre lactancia materna.
- ✓ Dieta adecuada a sus requerimientos.
- ✓ Retiro de puntos y continuidad del tratamiento:
 - Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce.
 - Administre Sulfato Ferroso, Ácido Fólico y Vitamina B12.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad en el manejo de las pacientes con Hemorragia Post Parto en el servicio de ginecobstetricia del hospital escuela DR Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido de Abril 2015 a septiembre 2015?

IV JUSTIFICACIÓN

Siendo la hemorragia post parto severa una de las principales complicaciones, no obstante, la prevalencia real de pacientes es difícil de determinar, pues esta varía dependiendo de los criterios usados para la definición de caso y de las características de las poblaciones estudiadas y actual mente no existe un estudio en nuestra unidad hospitalaria que evalué el manejo de la hemorragia pos parto.

Por lo que pretendemos con este estudio evaluar la calidad en el manejo de las pacientes con hemorragia post parto, a través del cumplimiento de los estándares de calidad y de esta manera proponer mejorar la atención con propuestas de acciones concretas orientadas a un mejor abordaje y por ende a reducción de la mortalidad materna en Nicaragua.

VI OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Calidad en el manejo de las pacientes con Hemorragia Post Parto en el servicio de ginecobstetricia del Hospital escuela DR Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido de abril 2015 a septiembre 2015

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de hemorragia post parto en las pacientes atendidas en el hospital escuela DR Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de estudio.
2. Establecer las causas de la hemorragia post parto en las pacientes en estudio.
3. Identificar el manejo medico brindado a las pacientes con hemorragia post parto.
4. Identificar los procedimientos quirúrgicos realizados en las pacientes que no respondieron al manejo médico de la hemorragia post parto.
5. Describir las complicaciones secundarias a hemorragia post parto.

VII DISEÑO METODOLÓGICO

Lugar: hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños

Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, realizado en el período de abril 2015 a septiembre 2015, en el Hospital escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Universo: lo constituye un total 925 pacientes que acuden a esta unidad, por atención de parto vaginal o cesáreo en el período de abril 2015 a septiembre 2015

Muestra: está conformada por 57 pacientes que acudieron, por atención de parto vaginal o cesárea y que presentaron hemorragia post parto durante el periodo de estudio.

Muestreo: no probalístico por conveniencia.

Criterio de inclusión de la población a estudio:

Todas las pacientes que presentaron hemorragia post parto en el periodo de estudio que se atendió por parto vaginal o cesárea en el Hospital escuela DR Alejandro Dávila Bolaños

Fuentes de información: Expediente clínico

Técnicas de recolección de la información:

Expedientes de pacientes con diagnóstico de Hemorragia post parto que acudieron para atención de parto vaginal o cesárea en el periodo comprendido del estudio. Asociado a datos obtenido en el servicio de quirófano y sala de labor y parto, Una vez obtenida la lista se elaboró un instrumento de recolección de la información, que contempla las variables de interés acuerdo a los objetivos establecidos

Procesamiento de la información

Una vez obtenida la información, los datos fueron procesados manualmente mediante el método de los palotes y plasmados en tablas de distribución de frecuencia y porcentaje mediante la creación de una base de datos en el programa Microsoft Excel 2014. Los resultados obtenidos se presentaron en cuadros y gráficos con su correspondiente análisis e interpretación.

Variables del estudio

1. Causas de hemorragia post parto:
 - a. Atonía uterina
 - b. Rotura uterina
 - c. Desgarro cervicales y/o vaginales
 - d. Retención de tejidos placentarios
 - e. Alteraciones de la coagulación
 - f. Hipotonía uterina
2. Manejo medico: MATEP
 - a. Farmacológico
 - b. Masaje uterino
 - c. Compresión de la aorta
3. Manejo quirúrgico:
 - a. B Lynch
 - b. Histerectomía
 - c. Ligadura de arterias hipogástricas
4. Porcentaje de hemorragia post parto
5. Complicaciones :
 - a. Anemia
 - b. Shock hipovolémico
 - c. Coagulopatías
 - d. Insuficiencia renal aguda
 - e. Muerte

Operacionalización de las Variables:

| VARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|
| Atonía | Alteración del tono uterino | Presencia de atonía. | Si No |
| Rotura uterina | Rotura de un útero intacto que puede llevar a shock o la muerte. | | Si No |
| Hipotonía uterina | Perdida del tono uterino el cual se puede revertir | Presencia del tono uterino. | Si no |
| Desgarros cervicales y/o vaginales | Laceración vulvar, vaginal o cervical que requiere un tratamiento quirúrgico. | Grados de Desgarros | Si No |
| Retención de tejido Placentario | Falta de desprendimiento y retención de un fragmento de placenta o de un cotiledón. | Membranas Cotiledón | Si No |
| Alteraciones de la coagulación | Pre – existencia de las Alteraciones de la Coagulación | Preexistentes Adquiridas durante la gestación | Si No |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| Manejo Farmacológico MATEP | Realización Adecuada de los tres componentes del manejo activo del tercer periodo del parto. | Oxitocina Ergonobina misoprostol | Si No |
| Masaje uterino | se coloca la mano en el fondo del uterino y aplique presión realizando masaje sobre la pared anterior del útero. | Masaje uterino se realiza de forma circular | Si No |
| Compresión de la aorta | Maniobra que consiste en Aplicar presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal | Compresión de la aorta abdominal | Si No |
| Porcentaje de hemorragia post parto | Fracción de pacientes que presentaron Hemorragia post parto. | | Fracción |
| Sutura B – Lynch | Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero. | | Si No |

| | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| Histerectomía | Es la extirpación quirúrgica del útero ya sea por vía abdominal como por vía vaginal. | HTA HTV | Si No |
| Ligadura de las Arterias Hipogástricas | Procedimiento que requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo, la ligadura doble debe realizarse a 2.5cm distal a la bifurcación de la arteria iliaca. | | Si No |
| Anemia | Cuando la concentración de Hemoglobina o hematocrito del paciente, disminuyen de un valor esperado. | Grados de Anemia | Leve Moderada Severa |
| Shock hipovolémico | Perdidas hemáticas de entre el 10 – 45% del volumen sanguíneo | | Compensado Leve Moderado Severo |
| Coagulopatías | Cambios en el perfil de productos de la cascada de | Medición de Plaquetas | Si No |

| | | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|
| | coagulación con manifestaciones de aumento del sangrado, relacionado a dilución por perfusión masiva de cristaloides | | |
| Insuficiencia renal aguda | Es la abrupta declinación en la función de filtración renal, con nefronas estructuralmente intactas. | | Si No |
| Muerte | Interrupción de la vida indicada por la ausencia de latido cardiaco o de respiración. | | Si No |

RESULTADOS

Durante el semestre de abril a septiembre 2015, hubieron 925 nacimientos en el hospital escuela Alejandro Dávila Bolaños donde el 6.1% presentó hemorragia post parto.

La principal causa de hemorragia post parto es la hipotonía uterina en un 91.2%; seguida de los desgarros del canal del parto en un 14%; la retención de placenta y restos placentarios en un 5.2% .

En todos los casos de hipotonía y atonía uterina (100%) se utilizó la oxitocina en infusión intravenosa además de la aplicación del MATEP ya instaurado en todos los partos; así como el uso de ergonovina 49% y el misoprostol 8% en casos necesarios y el 3.5% de las pacientes requirió de histerectomía, por atonía uterina; hecho registrado por hallazgo transquirúrgico.

Las complicación más frecuentes fue la anemia moderada a severa en un 84.2%, shock hipovolémico en un 7.2%, cuales se transfundió un 70.8 % de estas pacientes con anemia

En cuanto al cumplimiento de los estándares en el abordaje de la hemorragia postparto el 95.5% cumplió de acuerdo a la norma establecida y el 5.43% no cumplió con algún ítem por lo cual se califica como no cumplido.

DISCUSIÓN

1. El personal de salud de nuestra Unidad conoce el abordaje de la hemorragia postparto y se observa que un 95.5% cumplió con las normas del Ministerio de Salud; sin embargo aún hay un 4.43% que no cumplió con las maniobras establecidas y que pueden constituir un porcentaje importante en el incremento de la morbilidad materna en Nicaragua.
2. La hemorragia postparto se presentó en el 6.1% del total de nacimientos (por parto vía vaginal y cesárea) en el Hospital escuela Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido del estudio lo cual es un índice bajo en relación a otras unidades ya que se presenta hasta en 14%
3. La hipotonía uterina es la primera causa de hemorragia post parto en el 95% de los casos de nuestro estudio, entidad prevenible con las normas en el cuidado de la paciente desde el trabajo de parto y el alumbramiento en la mayoría de las pacientes resolvió con oxitócicos ya que se utilizó en el 100% de las pacientes al igual del manejo activo del tercer periodo del parto según la normativa del Minsa por lo que no tuvimos ninguna muerte materna
4. Solo a dos pacientes se les tuvo que realizar histerectomía por atonía uterina refractaria lo que represento el 3.5% del total de nuestra muestra. el uso racional de oxitocina y ergonovina, representa un paso importante en el manejo de la hemorragia postparto por alteración en el tono muscular y mientras se decide una acción ante cualquier otro evento.
5. De las pacientes que presentaron anemia solo ameritaron que se transfundieran un 70.8% ya que no todas presentaron alteración hemodinámica o no cumplían con criterio de laboratorio y otros casos que reusaron ala transfusión por principios religiosos, sin embargo también se transfundió posterior al quirúrgico o pos parto tomando como criterio clínico las pérdidas hemáticas.

CONCLUSIÓN

El personal de salud de ginecología del hospital militar escuela Alejandro Dávila Bolaños cumple los estándares de calidad del abordaje de la hemorragia postparto normadas por el ministerio de salud los cuales fueron evaluadas en el presente estudio, obteniendo resultados satisfactorio, siendo nuestro marcador de calidad muerte materna ya que no tuvimos ninguna en el periodo de estudio

RECOMENDACIONES

Con los hallazgos encontrados en nuestro estudio y concluyendo que tenemos un buen nivel de calidad en el manejo de la hemorragia pos parto por el personal del servicio de ginecología conoce y practica las maniobras que salvan vidas establecidas en las normas del Minsa, podemos recomendar que:

1. vigilancia en el trabajo del parto, período expulsivo y uso adecuados de los oxitócicos con el fin de disminuir las hipotonías y atonías secundarias al agotamiento materno y de las fibras del útero
2. Dado que nuestra unidad es docente; se continúe con entrenamiento teórico práctico al personal que atiende los partos (estudiantes, enfermeras, etc) a fin de aminorar los desgarros y retención de restos placentarios por mala técnica en la atención del parto y el alumbramiento.
3. Se brinde entrenamiento actualizado al personal médico (residentes y especialistas) sobre las técnica de B-Lynch, ligadura de arterias hipogástricas, etc.
4. Se debe orientar al personal de consulta externa acerca de la importancia de la detección y tratamiento de la anemia; así como la realización de un control prenatal completo para evaluar y calificar el riesgo del embarazo.
5. Actualizar la ficha de control de calidad ya que no evalúa la hemorragia postparto incluyendo las causas en un conjunto y los pasos consecutivos sin exclusión de causas así como la activación del código rojo ya que esta patología requiere manejo multidisciplinario.

Bibliografía:

1. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull* 2003; 67:1– 11
2. ACOG Practice Bulletin no. 76. Clinical Management Guidelines for Obstetrician– Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108 (4):1039- 1047
3. Lalonde A, Acosta A, Herschderfer B, et al. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO
4. Initiative 2004—2006. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94 243-253
5. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. *Bailliere' s Clinical Obstetrics and gynecology*. 2000; 14 (1):1-18
6. Mousa H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.:CD003249.DOI:10.1002/14651858.CD003249.pub2.
7. Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD002867. DOI: 10.1002/14651858. CD002867.
8. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum haemorrhage. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2006; (16): 6– 13
9. Sheiner E, Sarid L, Levy A et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: A population-based study', *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2005 18:3, 149 – 154
10. Rendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art.No.:CD000007. DOI: 10.1002/14651858. CD000007.
11. Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art.No.:CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.
12. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyanjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art.No.:CD005456. DOI: 10.1002/14651858.CD005456.pub2.
13. McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art.No.:CD000201. DOI: 10.1002/14651858.CD000201.pub2.

14. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue1. Art.No.:CD000494. DOI: 10.1002/14651858. CD000494.pub2.
15. Derman R, Kodkany B, Goudar S. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1248– 53. (15). Baskett T, Persad V, Clough H. Misoprostol versus oxytocin for the reduction of postpartum blood loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 97: 2– 5
16. Pinder A, Dresner M. Massive obstetric haemorrhage. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2005; 16: 181– 1884
17. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 19: 5. 2009.
18. Schierhout G, Roberts I. Fluid resuscitation with colloid or crystalloid solutions in critically ill patients: a systematic review of randomised trials. *British Medical Journal* 1998; 316: 91- 9
19. Jacobs A. Causes and treatment of postpartum hemorrhage. In: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2007.
20. Jansen A, van Rhenen D, Steegers E et al. Postpartum Hemorrhage and transfusion of blood and blood components. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2005; 60 (10): 663-671
21. Leung L. Pathogenesis and etiology of disseminated intravascular coagulation. In: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2007.
22. Macphail S, Talks K. Massive post-partum haemorrhage and management of disseminated intravascular coagulation. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2004; 14:123– 131
23. Leung L. Clinical features, diagnosis, and treatment of disseminated intravascular coagulation in adults. In: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2007.
24. Bradley A, Prata N, Young-Lin N. Cost-effectiveness of misoprostol to control postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 97, 52– 56
25. Franchini M, Lippi G, Franchi L. The use of recombinant activated factor VII in obstetric and gynaecological haemorrhage. *BJOG* 2007;114:8– 15
26. Magann E, Lanneau G. Third Stage of Labor. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2005; 32: 323– 332
27. You W, Zahn C. Postpartum Hemorrhage: Abnormally Adherent Placenta, Uterine Inversion, and Puerperal Hematomas. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2006; 49 (1): 184-197
28. Bolte A, Bournia L, van Geijn H. Medical therapies for primary postpartum hemorrhage. *International Congress Series* 1279 (2005) 364– 368

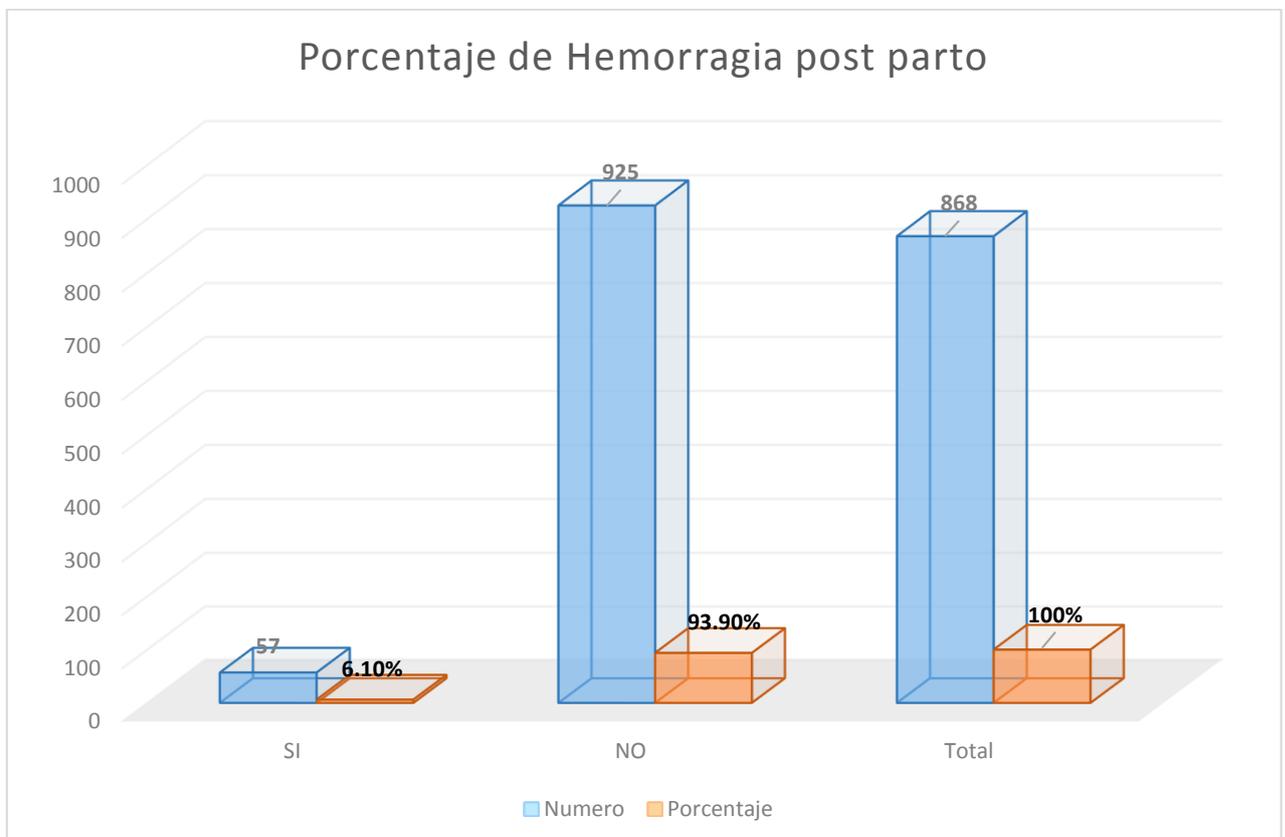
29. Oyelese Y, Smulian J. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 927– 941
30. Balogun-Lynch C, Whitelaw N. The surgical management of post partum haemorrhage. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2006; 17(2): 105– 123
31. Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou N, et al. Emergency obstetric hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007; 86 (2): 223- 227.
32. Forna F, Miles A, Jamieson D. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 190: 1440-1444.
33. Ministerio de Salud - Estudio de utilización de medicamentos en el Hospital Alemán Nicaragüense – Managua, Nicaragua, Noviembre 2000.
34. Ministerio de Salud – Hospital Fernando Vélez Paíz, Diagnostico de situación de la prevención y tratamiento de la HPP, Managua Nicaragua, Diciembre 2003.
35. Escobar M, García A, Fonseca J. Cirugía de control de daños: Un concepto aplicable en ginecología y obstetricia. *Colombia Médica* 2005; 36 (2): 110-114.
36. Arauz Téllez, Pedro – Manejo de la Hemorragia post parto por atonía uterina en hospital Bertha Calderón Roque. Managua - Nicaragua, Diciembre 2011.
37. Montano, German – Calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos post evento obstétrico en usuarias del servicio de ginecobstetricia del hospital Alemán Nicaragüense. Managua – Nicaragua, Febrero 2014.
38. Ministerio de Salud – Normativa 109. NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS, ABRIL 2013.
39. Nicaragua, Ministerio de Salud. Reducción de la mortalidad materna en el nuevo milenio: Avances y desafíos para el progreso, Febrero 2003.
40. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA), 2006/07. Ministerio de Salud e Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo (INIDE).

ANEXOS

CALIDAD EN EL MANEJO DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POST PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL 2015 A SEPTIEMBRE 2015

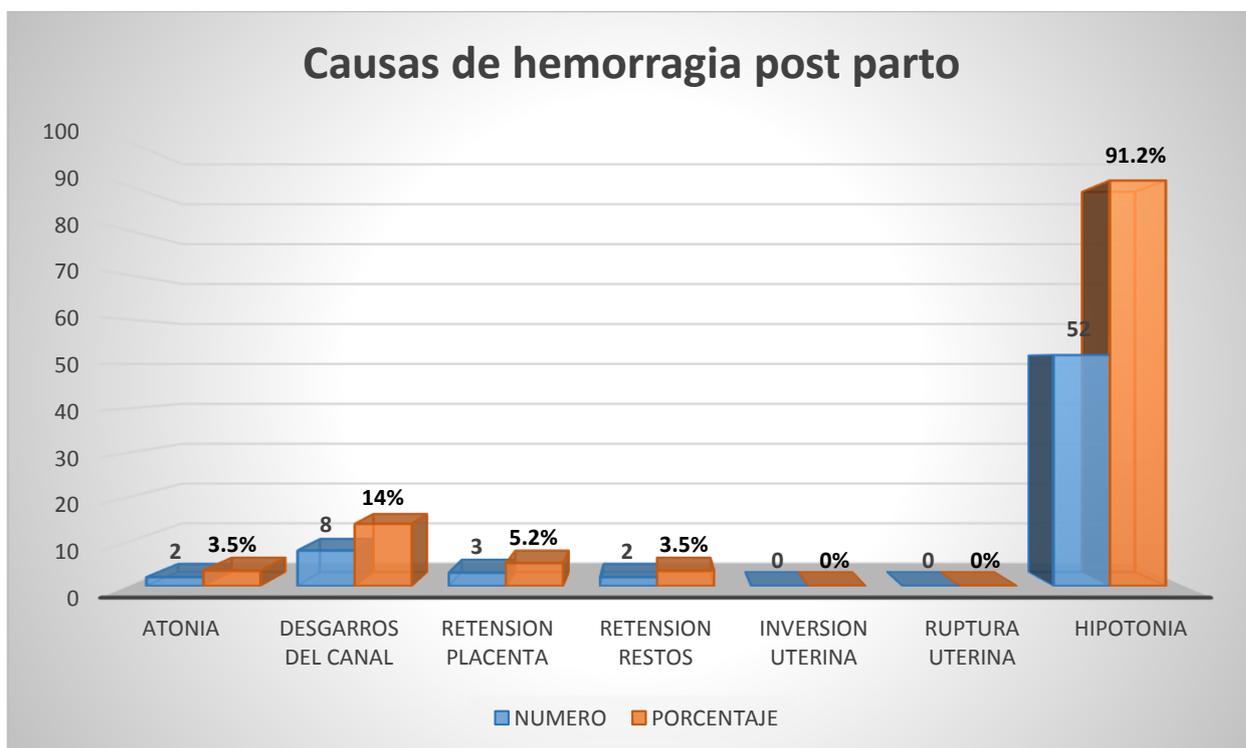
Cuadro #1 Porcentaje de Hemorragia post parto

| HPP | Numero | Porcentaje |
|-------|--------|------------|
| SI | 57 | 6.10% |
| NO | 925 | 93.9% |
| Total | 868 | 100% |



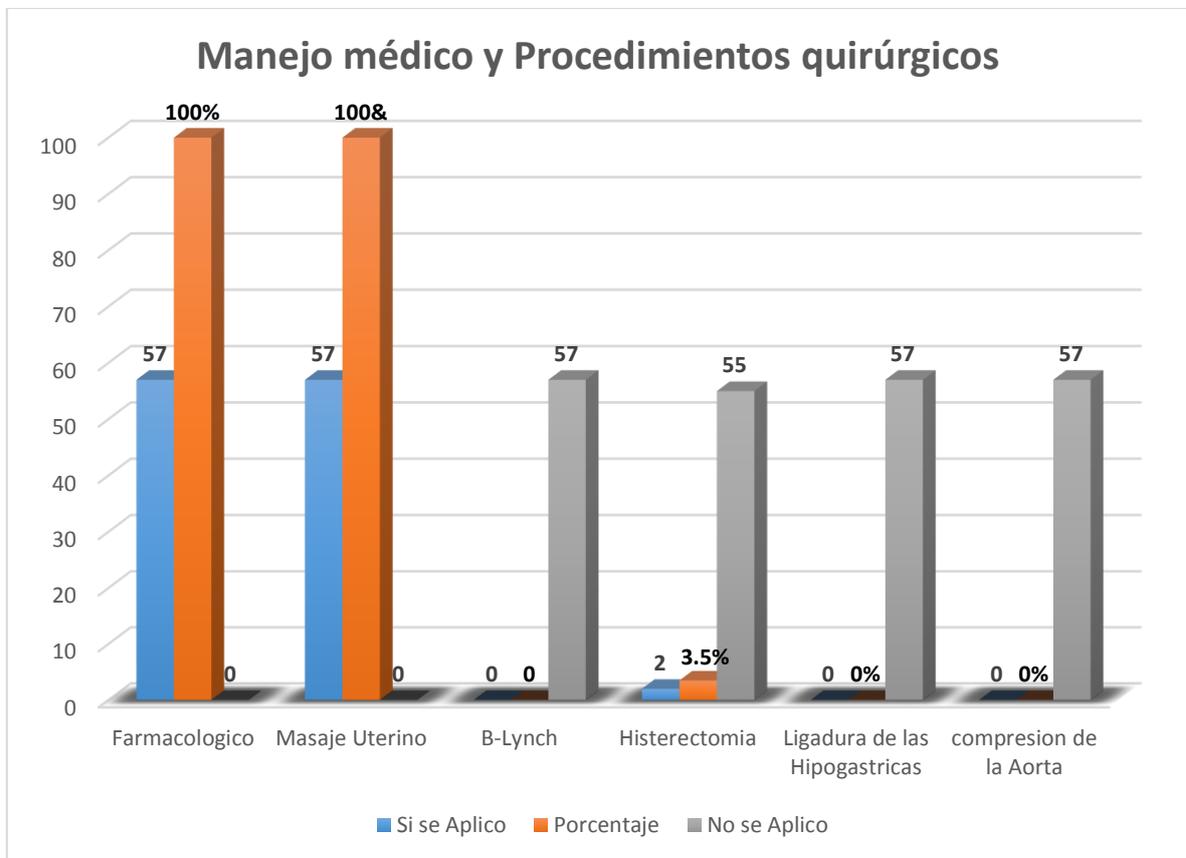
Cuadro #2 Causas de Hemorragia post parto

| CAUSAS | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------------|--------|------------|
| Atonia | 2 | 3.5% |
| Desgarros del Canal | 8 | 14% |
| Retension Placenta | 3 | 5.2% |
| Retension Restos | 2 | 3.5% |
| Inversion Uterina | 0 | 0% |
| Ruptura Uterina | 0 | 0% |
| hipotonia | 52 | 91.2% |

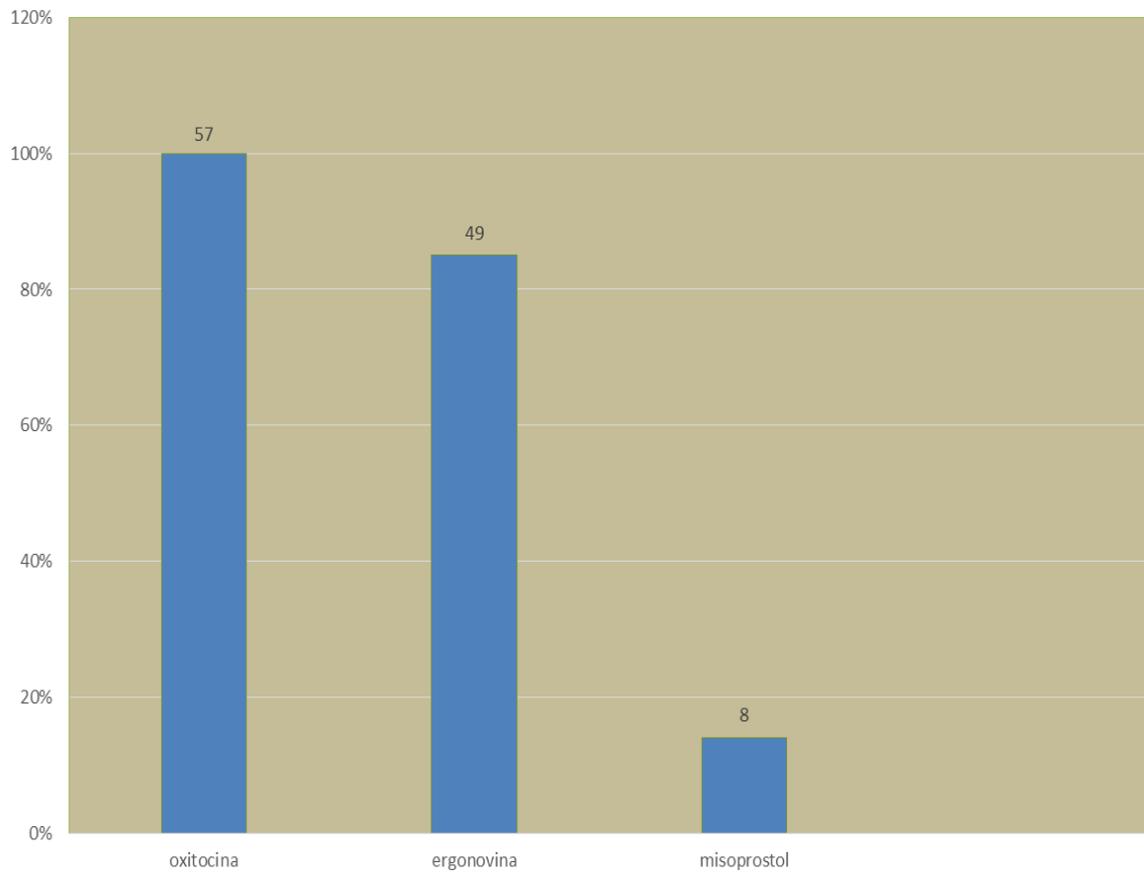


Cuadro #3 Manejo Médico y procedimientos quirúrgicos realizados a las pacientes con Hemorragia post parto

| Manejo | Si se Aplico | Porcentaje |
|-------------------------------|--------------|------------|
| Farmacologico | 57 | 100% |
| Masaje Uterino | 57 | 100% |
| B-Lynch | 0 | 0% |
| Histerectomia | 2 | 3.5% |
| Ligadura de las Hipogastricas | 0 | 0% |
| compresion de la Aorta | 0 | 0% |

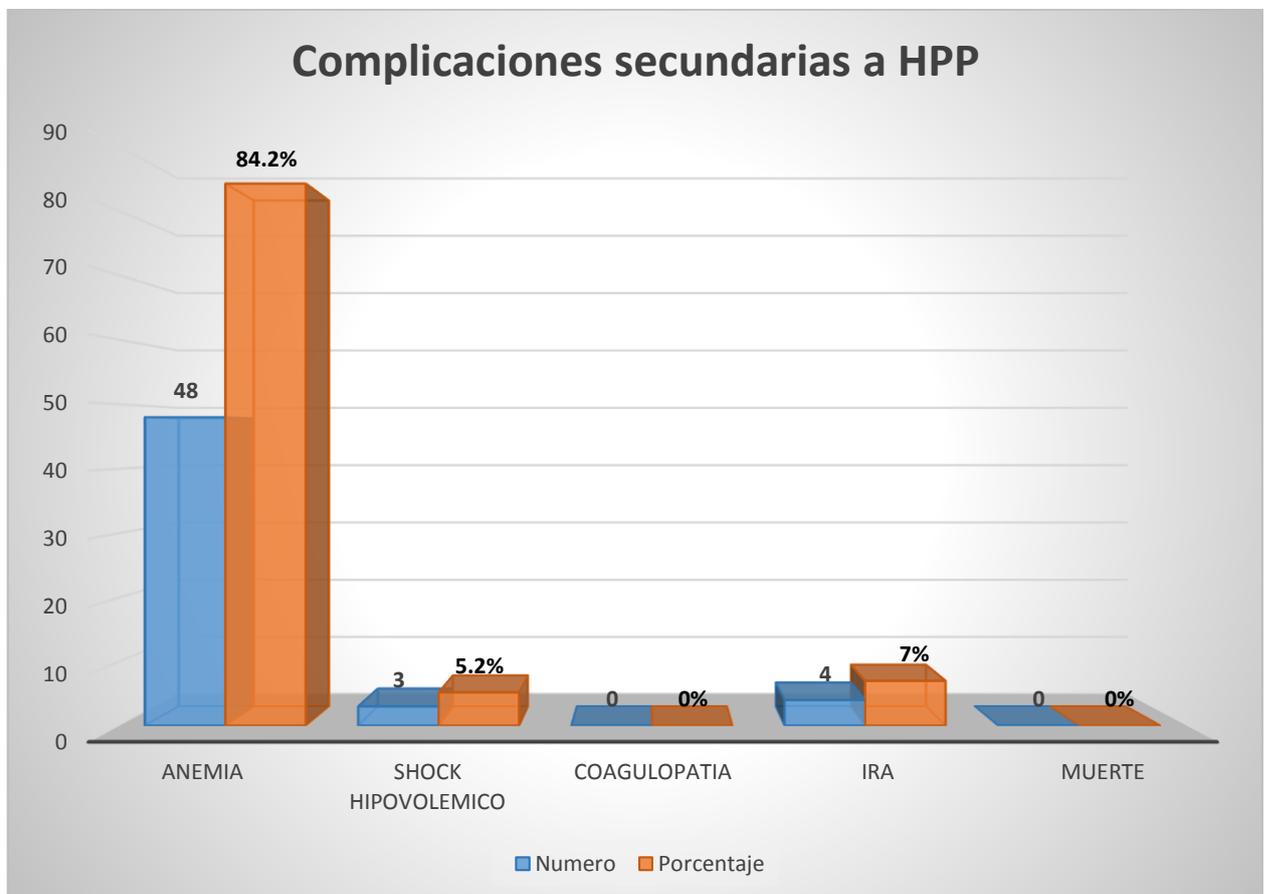


manejo farmacologico



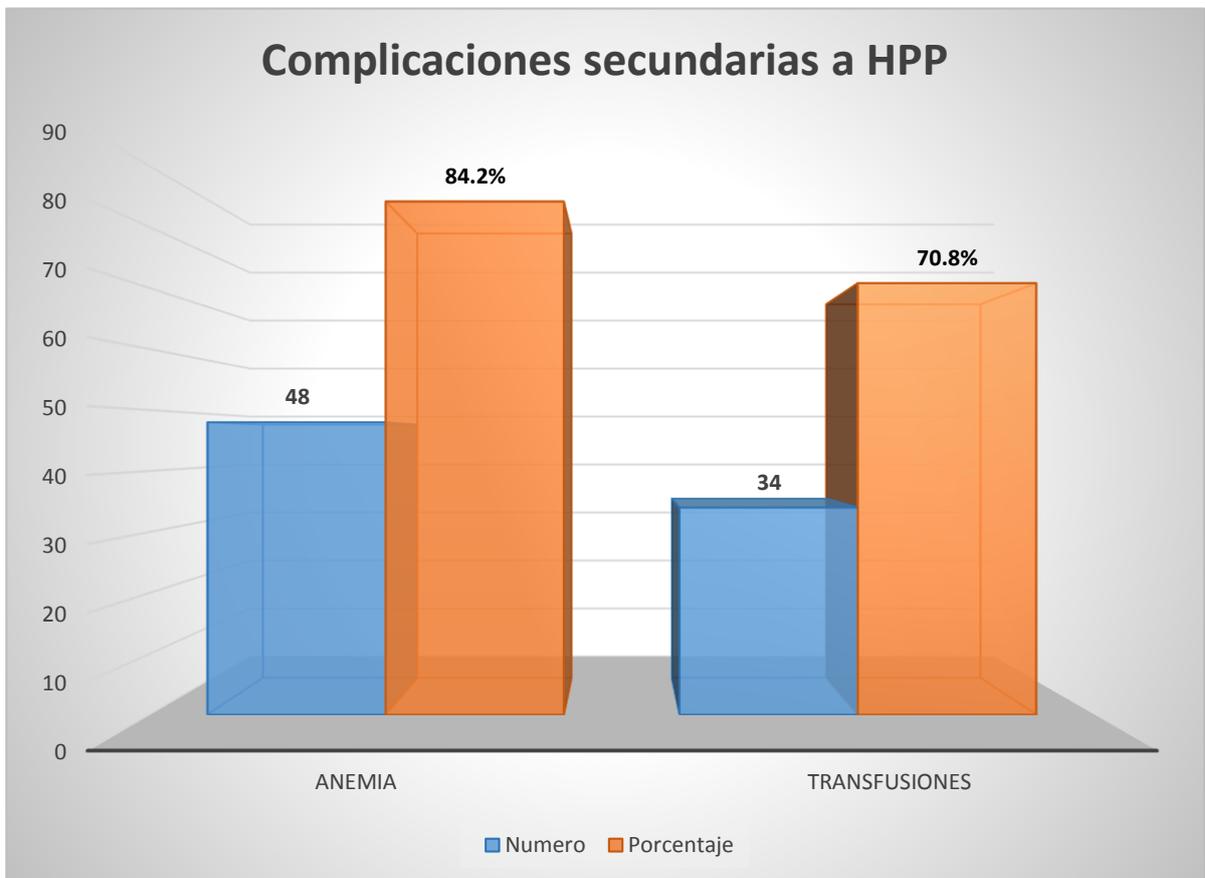
Cuadro #4 Complicaciones secundarias a Hemorragia post parto

| Complicacion | Numero | Porcentaje |
|--------------------|--------|------------|
| Anemia | 48 | 84.2% |
| Shock Hipovolemico | 3 | 5.2% |
| Coagulopatía | 0 | 0% |
| IRA | 4 | 7% |
| Muerte | 0 | 0% |



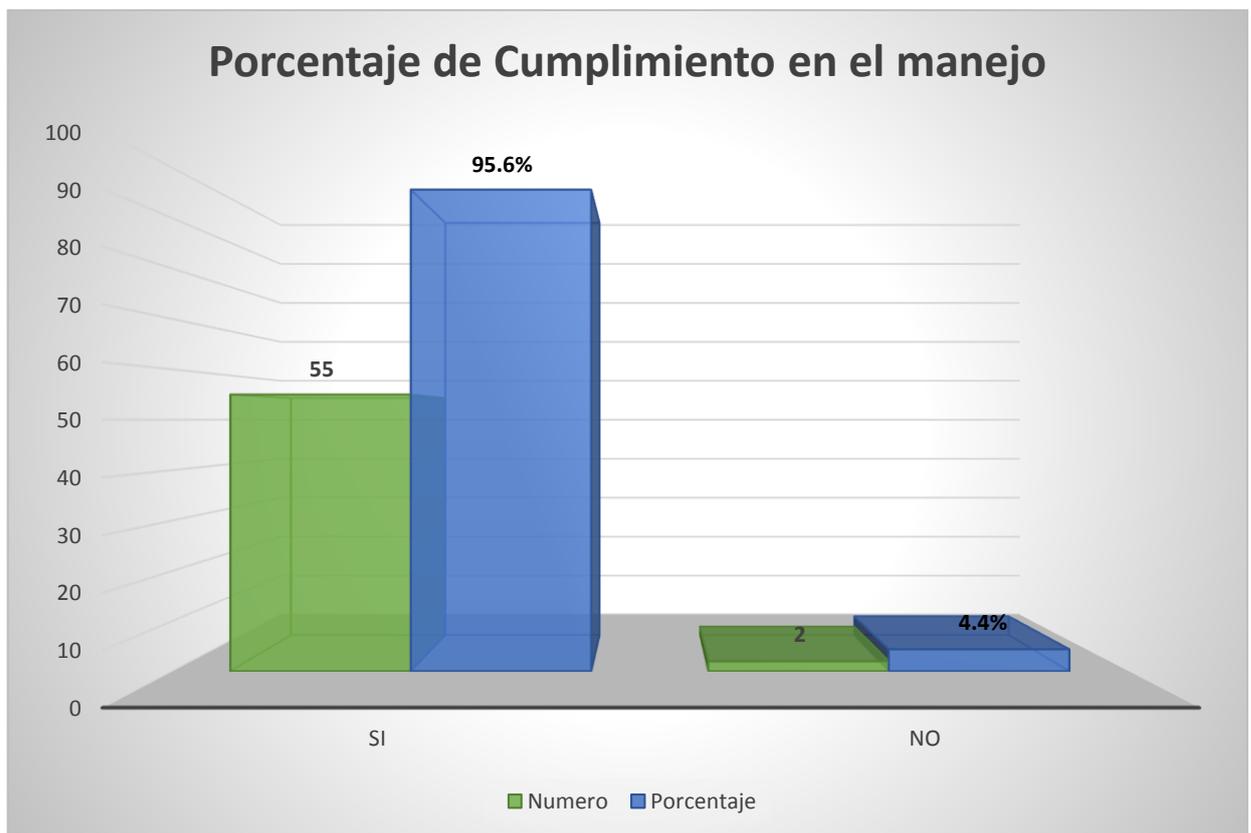
Cuadro #5 Anemia / transfusiones

| Complicación | Numero | Porcentaje |
|---------------|--------|------------|
| Anemia | 48 | 84.2% |
| Transfusiones | 34 | 70.8% |



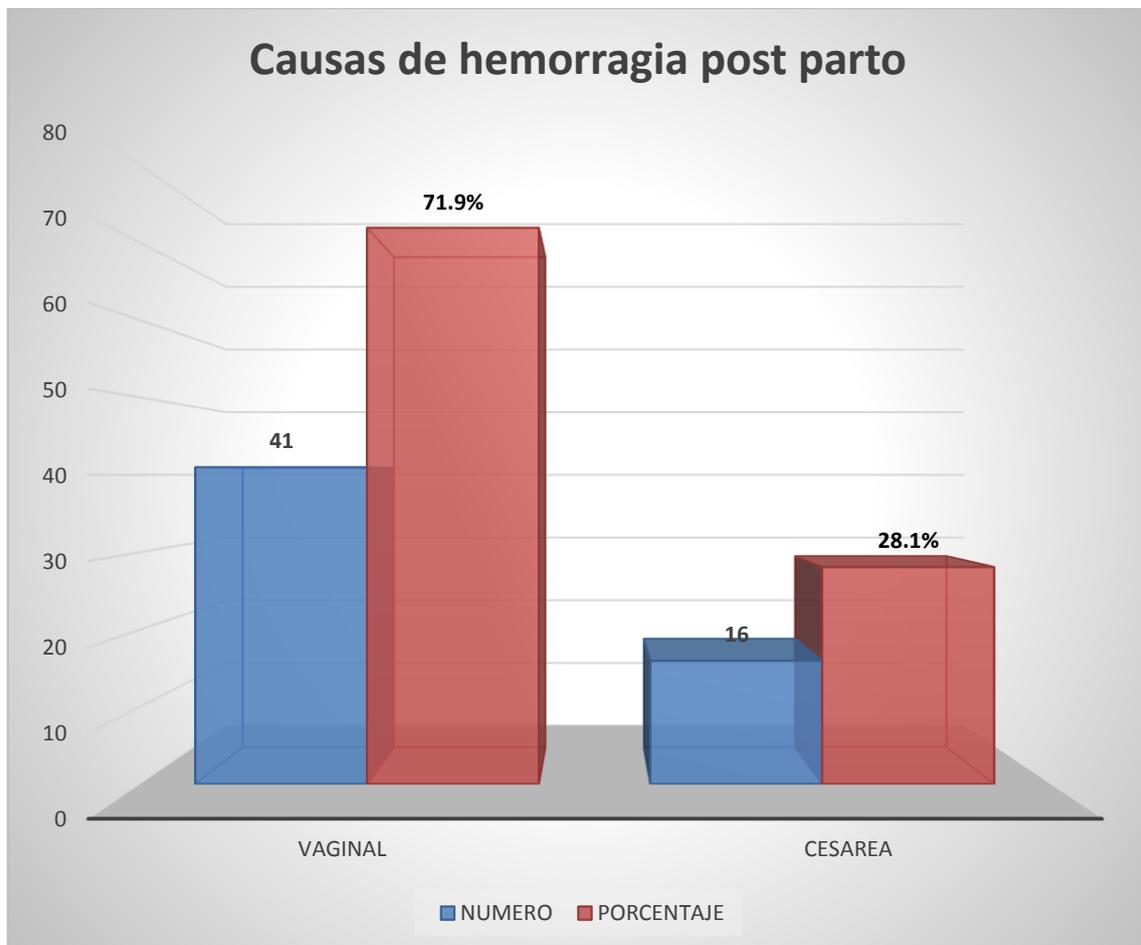
Cuadro #6 Porcentaje de Cumplimiento en el Manejo

| Cumplimiento | Numero | Porcentaje |
|--------------|--------|------------|
| SI | 55 | 95.6% |
| NO | 2 | 4.4% |



Cuadro #7 vía de Nacimiento

| CAUSAS | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------|--------|------------|
| Vaginal | 41 | 71.9% |
| Cesárea | 16 | 28.1% |



Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”
Servicio de Ginecología y Obstetricia
Managua, Nicaragua



REPORTE abril – septiembre 2015

En el Bimestre de abril y septiembre del 2015.

| Tabla No. 1 | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|--------------|
| Informe Trimestral Julio - Septiembre 2015 | | | | | | | |
| Total de Nacimientos | | | | | | | |
| Vía | abril | mayo | junio | julio | Agosto | Septiembre | Total |
| Vía Vaginal | 92 | 94 | 71 | 93 | 90 | 115 | 555 |
| Vía Cesárea | 52 | 59 | 63 | 52 | 66 | 78 | 370 |
| Total | 144 | 153 | 134 | 145 | 156 | 193 | 925 |

Fuente: Libros de Registro del Hospital Militar Escuela ADB.

