

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO
DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL.**



TEMA:

***PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO
INMEDIATO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO EN
EL PERIODO DE ENERO A OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA
CALDERÓN ROQUE.***

**Autores: Br. Madeling Dyanna Manzanarez Miranda
Br. Esequiel Núñez**

**Tutor: Dr. José de los Ángeles Méndez. Msc. M.D
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Hospital Bertha Calderón Roque**

Managua, Nicaragua Marzo 2016.

DEDICATORIA

A Dios, dueño y señor de nuestras vidas, al que agradecemos de todo corazón las veces que nos ha levantado cada vez que nos tropezamos y nos brinda siempre esperanza, fé y fuerzas para seguir en el camino del éxito y superación, gracias por brindarnos la sabiduría para comprender que el progreso del hombre está en alcanzar sus ideales y dentro de ellos una profesión digna y al servicio de los demás.

A nuestros padres los que siempre han estado a nuestro lado, quienes con su amor, su cariño y apoyo nos dan fuerzas para seguir día a día en la lucha continua de enfrentar la vida con sus afanes y retos, y toda nuestra familia, aunque es imposible expresar todo lo que nos han dado a lo largo de nuestra existencia, todo lo que somos y cada logro personal alcanzado se lo debemos a ellos.

A nuestro hijo Oscar Núñez Manzanarez, gracias angelito por todo el amor brindado durante todos estos años de estudio que no pudimos estar siempre contigo, eres y serás siempre el aliento de nuestras vidas.

A cada uno de los maestros que hemos tenido a lo largo de nuestra carrea, en especial a médicos del Hospital Bertha Calderón Roque que fueron parte muy importante en nuestra formación y hoy este trabajo es un tributo a ese esfuerzo, nuestros logros son el reflejo de su esfuerzo por forjarnos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, fuente de luz y sabiduría por concedernos el don de la vida y por permitirnos hacer de esta una experiencia fructífera de conocimientos los cuales son necesarios en nuestro afán de contribuir a preservar vidas.

Al Dr. José Ángel Méndez, por haber sido nuestro guía y un gran ejemplo a seguir durante los años de formación, por haber sido nuestro tutor en este trabajo investigativo, ya que su dedicación nos permitió cumplir la meta.

A nuestros profesores, los cuales han compartido sus conocimientos, experiencias y valores, cada uno de ellos son y serán siempre un modelo a seguir para nosotros.

A los pacientes, pieza fundamental de nuestra formación. Son la razón de ser de nuestro anhelo y dedicación.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, porque en cada paso dependimos de ellos y siempre depositaron todo su amor y confianza en nosotros.

RESUMEN

La hemorragia postparto es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica.

De un total de 1,498 muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud (MINSA) en el período 2000- 2014, el 34.4% (516 casos) fueron causada por hemorragias; de ellas el 62.4% (322 casos) durante la etapa post parto, en promedio anual se registran un total de 22 muertes maternas por esta complicación. Concentrándose el 62% en 5 SILAIS: RAAN (15,3%), Matagalpa (14,50%), Jinotega (12,2%), RAAS (10,2%) y Managua (9,7%).

Por tal razón se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en pacientes atendidas en el servicio de labor y parto y puerperio del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo de enero a octubre 2015, con el objetivo de identificar las principales causas de hemorragia post parto en el puerperio inmediato en nacimientos vaginales a término.

La muestra la conformaron 157 pacientes con partos vaginales a término las cuales presentaron hemorragia post parto en el periodo de estudio comprendido, las cuales se seleccionaron de forma no probabilística por conveniencia, a partir de criterios de inclusión y exclusión, los datos fueron obtenidos de expedientes clínicos, para luego ser analizados por medio de SPSS 2015 e interpretados por medio de tablas y gráficos.

Los resultados más importantes fueron: la edad más registrada es de 20 – 35 años, con nivel de escolaridad secundaria, comerciantes en su mayoría, y de procedencia rural.

Las patologías durante el embarazo más frecuentes: la preclampsia moderada, seguido de la anemia moderada y ruptura prematura de membranas menor de 12

horas. Los antecedentes ginecoobstétricos eran multigestas, múltiparas, las cuales cumplieron CPN en número de 4– 6 en un 62% predominantemente, con un periodo intergenesico en un 52% de 18 meses a 10 años, las semanas de gestación de 37– 41, con adecuado peso gestacional al nacer.

En relación a los datos en la atención del parto los resultados más destacados fueron los tactos vaginales de 5 -8, parto prolongado, para lo que se hizo necesario la conducción del mismo en la mayoría de ellas, 20% de las pacientes presentaron alumbramiento incompleto, se observó la correcta aplicación del MATEP sin embargo el masaje uterino fue realizado por la paciente y/o familiar acompañante en su mayoría.

Las principales causas de hemorragia post parto en orden de frecuencia fueron la hipo y/o atonía uterina, laceraciones cervicovaginales grado I, retención de restos placentarios, y realización de episiotomía.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte.

OPINION DEL TUTOR

La calidad de atención que se brinda en las unidades de salud se puede calificar de forma satisfactoria y no satisfactoria, en calidad de atención no existen términos intermedios o se cumplen o no se cumplen. Específicamente en la hemorragia post parto existe un protocolo definido como un mandato de ley a que se cumpla en su totalidad.

Este protocolo fue creado con el firme propósito de unificar el manejo y la prevención de la hemorragia post parto, para reducir el índice de morbilidad materna.

Este fue el principal motivo de preocupación de los jóvenes investigadores Madeling Dyanna Manzanarez Miranda y Esequiel Núñez, cuyos resultados han sido los esperados y estoy seguro que servirán de base para un cambio en las políticas de salud.

Reciban los investigadores mis más altas muestras de felicitaciones por haber concluido con éxito este esfuerzo investigativo.

Atentamente.

Msc. M.D José de los Ángeles Méndez
TUTOR

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	ANTECEDENTES.....	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.	OBJETIVOS.....	8
VI.	MARCOTEÓRICO.....	9
VII.	DISEÑOMETODOLÓGICO.....	37
VIII.	RESULTADOS.....	55
IX.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	60
X.	CONCLUSIONES.....	66
XI.	RECOMENDACIONES.....	67
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	69
XIII.	ANEXOS	71

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto en el ser humano es un proceso natural, sin embargo no está libre de riesgos y tradicionalmente la mujer ha requerido asistencia durante el parto, pero a menudo, se presentan complicaciones potenciales que ponen en riesgo la vida del binomio madre-hijo, donde la segunda causa de mortalidad materna en Latinoamérica es la hemorragia post parto, tras el síndrome hipertensivo gestacional y la sepsis puerperal.

La hemorragia post parto se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal o mayor de 1000 cc después de una cesárea, y/o una disminución del 10% del hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o cesárea, con una pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria). Destacando entre las principales causas las alteraciones del tono uterino, traumas en el canal del parto, retención de restos placentarios.¹

Según la organización mundial de la salud, la mortalidad materna en el mundo es de 400 por cien mil nacidos vivos, lo que significa 529 mil muertes por año. Siendo la hemorragia post parto la primera causa de muerte, ocasionando una muerte cada tres minutos.

Aunque la mortalidad materna en Nicaragua va en descenso, en el 2012 la tasa de mortalidad materna era de 50.6 % por cada 100 mil nacidos, siendo en más del 50% de las causas la hemorragia post parto.

Dado que en nuestro país la morbimortalidad materna constituye una grave problemática de salud pública, teniendo altas repercusiones tanto en al ámbito social, económico y cultural; por tal razón hemos decidido abordar las principales causas de hemorragia post parto en las pacientes con nacimientos vaginales a término atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, con el objetivo de acordar medidas que puedan mejorar la calidad de vida de la mujer antes, durante y después del embarazo.

II. ANTECEDENTES

➤ A nivel internacional:

Se realizó un estudio transversal de Hemorragia Postparto en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Puyo en el año 2010, utilizando 725 Historias Clínicas, el 63% de pacientes fueron multigestas. El 42% tuvieron mal control prenatal entre 1 a 3. Dentro las principales causas de Hemorragia postparto destaca la Atonía Uterina (42%). Los factores de riesgo durante el embarazo que presentaron las pacientes con Hemorragia Postparto fueron en mayor porcentaje las pacientes primigestas con 37% de los casos, seguido de grandes multíparas con un porcentaje del 33 %. Dentro de los principales factores de riesgo intraparto se pudo determinar que en un 28% se debe a desgarros cervical vaginal-perineal.²

Ojeda, Medina Irati (Argentina, 2011) publicaron la evidencia científica sobre los factores de riesgo de la hemorragia post parto, investigando a partir de buscadores electrónicos médicos: Cochrane, Medina, estableciendo que los factores más frecuentes son la atonía uterina, retención placentaria (47 %), los desgarros y laceraciones del canal del parto (31%).³

Hernández (2012, El Salvador) estudió 42 casos de hemorragia post parto severa por atonía uterina encontrando que se realizó el manejo activo del tercer período del trabajo de parto en el 62,5%, se cumplió el manejo médico en el 100%.⁴

Barba Vallejo (Ecuador, 2013) estudió el efecto del manejo activo del tercer periodo del parto y la hemorragia post parto en un universo de 2995 pacientes, entre los datos más relevantes las principales causas de la HPP fueron: Retención de restos placentarios (73%), Atonía uterina (12%), Acretismo placentario (8%).⁵

A nivel nacional:

Araúz, Téllez Pedro (2011, HBCR) estudió el manejo de la hemorragia post parto por atonía uterina en 126 pacientes, se concluyó una incidencia de hemorragia post parto del 3.7%, 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 un cumplimiento del protocolo del 97.6%. Las principales complicaciones por hemorragia post parto fueron la anemia severa (46,8%), coagulopatía (19.8%) y la insuficiencia renal aguda (7.1%).⁶

Rodas, Ruíz (2011, Hospital San Juan de Dios – Estelí), realizó un estudio sobre los principales factores maternos asociados a hemorragia post parto, encontrándose que después del parto el 3,7% de las mujeres presentó inversión uterina, placenta acreta (1.2%) desgarros obstétricos en un 21%, y no menos importante la atonía uterina estuvo presente en el 46.9%.⁷

Centeno, Mauricio (RAAS, 2012), estudió la hemorragia post parto en las mujeres atendidas en el centro de Salud Rosario Pravia de esa localidad en 120 pacientes, encontrando que en el 50% de las pacientes se realizó manejo activo y cumplimiento de la norma en el 83 %. La principal causa de hemorragia post parto fue la atonía uterina en el 50%.⁸

Toledo, Maycol (2013, Hospital Asunción- Juigalpa), realizó un estudio sobre la aplicación del protocolo de hemorragia post parto, en 23 expedientes con diagnóstico de hemorragia post parto, encontrando que la edad promedio estaba de 20 – 35 años, de procedencia rural y en unión estable (56.5%) los antecedentes obstétricos más frecuentes fueron: pacientes multigestas (34.8%), con 3 partos o más (34.8%) y el antecedente de anemia en el 13% de los casos, siendo la principal causa de hemorragia post parto la atonía uterina (56.5%), seguido de la retención placentaria incompleta con 17.4%, desgarros del canal y retención placentaria ambos con 0.3% cada uno.⁹

Altamirano, Luis (2013, Hospital Alemán Nicaragüense), realizó un estudio sobre la calidad en el manejo de las pacientes con hemorragia post parto en 90 pacientes, reflejando que las principales causas son la atonía uterina (94.28%, seguida de los desgarros del canal del parto en un 4.5%, la retención de placenta (acretismo) y restos placentarios en un 1.22%.¹

III. JUSTIFICACIÓN

La muerte materna constituye una tragedia social que en la mayoría de los casos puede ser evitable. En Nicaragua la mortalidad materna es causada principalmente por la hemorragia post parto, siendo un problema de gran relevancia y pendiente de resolver; la cual requiere de un abordaje multidisciplinario.

Existe un interés creciente dentro de la región Centroamericana en el análisis de la hemorragia posparto (HPP); como la causa principal directa de muerte materna en países en desarrollo y resulta a causa de problemas durante e inmediatamente después de la tercera etapa del parto, cabe señalar que dos tercios de las mujeres no tienen factores de riesgo identificables. Por lo que en nuestro país se ha venido ejecutando medidas preventivas como el MATEP (manejo activo del tercer período del parto) pero a pesar de los esfuerzos siguen siendo la primera causa de muerte materna.

Por lo que pretendemos con este estudio conocer las principales causas que ocasionan hemorragia post parto en el puerperio inmediato con parto vaginal a término atendidos en el Hospital Bertha Calderón Roque y de esta manera mejorar la calidad de atención con propuestas de acciones concretas orientadas a prevenir la hemorragia post parto y un mejor abordaje que favorezca la reducción de la mortalidad materna en Nicaragua.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales causas de hemorragia post parto en el puerperio inmediato en pacientes con nacimientos vaginales a término en el periodo de enero a octubre 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Identificar las principales causas de hemorragia post parto en el puerperio inmediato en pacientes con nacimientos vaginales a término en el período de enero a octubre 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Conocer los datos generales del grupo de pacientes en estudio como factor de riesgo para hemorragia post parto.
- ✓ Describir los datos gineco - obstétricos del grupo de mujeres en estudio como factor predisponente para hemorragia post parto.
- ✓ Mencionar las patologías durante el embarazo asociadas a hemorragia post parto en el grupo de pacientes atendidas.
- ✓ Describir los datos de la atención del parto que predisponen a hemorragia post parto.
- ✓ Determinar los datos del puerperio inmediato que se asocian a hemorragia post parto en el grupo de pacientes en estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

La hemorragia postparto es una de las principales y más importantes emergencias obstétricas, siendo la principal causa de ingreso a unidades de cuidados intensivos de las pacientes embarazadas y puérperas recientes.

Según la OMS, el 2005 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de muerte materna a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las muertes maternas totales, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia actualmente de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. Por otra parte, según la FIGO la tasa de mortalidad materna por hemorragias postparto varía de 30% a tasas superiores al 50% en diferentes países o comunidades, lo que da también cuenta de esta realidad. La meta planteada al 2015 es reducir en 75% la mortalidad materna por hemorragia postparto con medidas de prevención y tratamiento adecuadas.

➤ **Definición**

La hemorragia post parto se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal o mayor de 1000 cc después de una cesárea, y/o una disminución del 10% del hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o cesárea, con una pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).¹

➤ **Causas**

1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina) en un 70%.^{1, 11}

La hipotonía uterina se define como la incompetencia de las fibras miométriales de contraerse adecuadamente después del parto o cesárea, y debido a que rodean a los vasos sanguíneos que abastecen el sitio de implantación placentaria, esto

impide que se realice una hemostasia fisiológica. El diagnóstico es clínico al encontrar el útero no contraído, disminución acentuada del tono y sangrado transvaginal, sin datos de otras alteraciones en el postparto o post cesárea inmediatos.

Hay evidencia estadísticamente significativa de que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce la HPP, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado.¹²

Ambas pueden ocurrir cuando existen:

- Sobredistensión uterina por polihidramnios, embarazo múltiple o macrosomía fetal
- Agotamiento de la musculatura uterina por un parto prolongado o distocia.
- Infección, Corioamnioitis: una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.^{1, 13}
- Anomalía uterina.
- Fármacos útero-relajantes.

2. Trauma (20 %):

- Laceración cervico-vaginal:

Incluyen lesiones de útero, cérvix, vagina, periné o vulva, en donde se encuentran distintos grados de daño hasta llegar a afectar el esfínter anal; la mayoría de las veces ocasionada por un parto no controlado, instrumentado o un producto macrosómico. El diagnóstico es fundamentalmente por clínica al observar las lesiones y debe sospecharse cuando el sangrado continúa mientras el útero presenta una contracción sostenida.¹¹

- Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
 - Ruptura uterina: Es la pérdida de la solución de continuidad de la cavidad uterina. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas.¹² La incidencia para una mujer gestante es de <0.1% y hasta 1% tras una cesárea previa.
 - Inversión uterina: Consiste en el prolapso del fondo uterino hasta o a través del cérvix, el útero se encuentra invertido de adentro hacia afuera y queda en contacto con el cuello uterino (inversión parcial), bien, el órgano invertido en su totalidad sale a través del cérvix y vagina (inversión total). se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé). Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual.¹⁴
3. Retención de restos postparto (10 %)¹
- Retención de restos (placenta, membranas).
 - Alumbramiento incompleto.

Cabe señalar que la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas áceta, íncreta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente.¹⁵

4. Trombina (Alteraciones de la coagulación)¹

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

➤ **CLASIFICACION** ¹

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

➤ **FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA** ¹

Las causas de hemorragia post parto 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

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.
- Malposición 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 de líquido amniótico.

➤ DIAGNOSTICO ¹

Manifestaciones Clínicas de la hemorragia post parto

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

- **Auxiliares diagnósticos:**

Pruebas de laboratorio

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

➤ **TRATAMIENTO, MANEJO Y PROCEDIMIENTOS ¹**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

1. Durante la Atención Prenatal.

- Identificar el riesgo durante la atención prenatal de hemorragia post parto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.
- Garantizar consejería a la embarazada y/o familiares/acompañantes para identificar señales de peligro y hacer énfasis en las acciones establecidas por el Plan de Parto.

- Uso de antianémicos profilácticos y el tratamiento de la anemia en el embarazo:
 - Ingesta de 60 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo.
 - Ingesta de 120 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo si la hemoglobina es menor de 11 mg/dl.
- Albendazol 400 mg dosis única a las 26 y 38 semanas de gestación.
- Garantizar durante la atención prenatal la aplicación de toxoide tetánica.

2. Durante el Parto: ¹

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)**

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.

3. Durante la hemorragia post-parto ¹

Primer Nivel de Atención

1. Pedir ayuda para dar una atención de equipo.
2. Canalizar 2 vías con bránula No. 14 ó 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:

1. Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.
2. 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%).
3. Posición de Trendelenburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).
4. 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.
5. 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.
6. En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal.
 7. Realizar pruebas de BHC completa, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
 8. Por cada 6 unidades 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).
 9. Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada10 kg de peso corporal.
 10. Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.
 11. Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
 12. Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica mas la sistólica entre 3).
 13. Antibioticoterapia en todos los casos de Hemorragia Post Parto:
Ceftriazone 1 gr IV cada12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IVcada 8 horas.
 14. Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusion de Paquete Globular, hay que transfundir 4 Unidades de plasma fresco congelado (PFC).

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 CAUSA¹**

• **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 ó IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. (Ver Anexo No. 2). Si aún el sangrado 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**

- a) Sutura de los mismos de ser identificables.

• **RUPTURA UTERINA**

- a) Realice laparotomía exploradora.

b) Suturar el útero de ser bien identificable los bordes. Si no son identificables los bordes realice histerectomía.

- **INVERSIÓN UTERINA REUBICAR EN TRAUMA**

a) 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 Jhonson).

b) 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):**

a) 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):**

a) Administre oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.

b) Estime la cantidad de sangre perdida.

c) 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.

- d) Practique tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.
 - e) 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).
 - f) 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.
 - g) 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:**
 - a) Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.
 - b) Mantenga la infusión de oxitocina por lo menos 6 horas.
 - c) Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.
 - d) Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina, y realice transfusión sanguínea si es necesario.
 - e) Indique sulfato o fumarato ferroso.
 - f) La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.
 - g) 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.

- **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 uno o bilateral	Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida	Poco realizada	Eficacia: 35% (unilateral) 75% (bilateral)

Ligadura de ligamento utero – ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe.
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poco realizada ○ Más difícil de realizar ○ Requiere mayor tiempo ○ Mayor riesgo de complicaciones ○ (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter) 	<p>Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo.</p> <p>La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la arteria ilíaca.</p>
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero
Histerectomía sub total	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	Puede ser la mejor opción para los casos

		Mas difícil que la anterior	de Acretismo placentario o desgarros altos del cérvix.
--	--	-----------------------------	--

➤ **COMPLICACIONES** ¹

- Anemia
- Shock hipovolémico: Pérdida de volumen intravascular en todos o alguno de sus componentes (agua, electrolitos, proteínas, masa eritrocitaria) ocasionando una hipoperfusión tisular con acidosis. La gravedad del shock depende del déficit del volumen, de la velocidad de la pérdida, edad y estado pre-mórbido del paciente. ¹
- Endometritis: Es una infección bacteriana secundaria al aborto, parto o cesárea, atendido en condiciones sanitarias inseguras. Se caracteriza por fiebre, dolor abdominal, loquios fétidos y subinvolución uterina. No afecta el miometrio. ¹
- Sepsis: La OMS la define como una infección del tracto genital, que ocurre desde el período transcurrido entre la rotura de membranas y el nacimiento, o los 42 días post parto. ¹⁶
- Infertilidad.

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN¹

➤ **Criterios de traslado:**

1. Carencia de recursos humanos calificados.
2. Carencia de equipo e insumos médicos para la atención.
3. Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.
4. Complicaciones que no pueden ser tratadas con los insumos médicos y recursos humanos del área de salud donde se está atendiendo.

Procedimientos a paciente que será trasladada: Realizar de acuerdo a lo descrito en Normativa 068.

➤ **Criterios de alta:**

1. Ausencia de sangrado anormal.
2. Hematocrito en límites aceptable posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%.
3. Signos vitales en límites normales.
4. No hay signos de infección.
5. Herida quirúrgica sin complicaciones.
6. Al recuperar su estado de salud, será contrareferida a la unidad de salud de su procedencia.
7. Consejería y oferta de método de planificación familiar.
8. Consejería sobre lactancia materna.
9. Dieta adecuada a sus requerimientos.
10. Retiro de puntos y continuidad del tratamiento:
11. Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce.
12. Administre Sulfato Ferroso, Acido Fólico y Vitamina B12.

EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ^{1,11}

➤ **Control y seguimiento.**

- A toda embarazada que egrese por una hemorragia post parto y a familiares brindar consejería acerca de la importancia de aspectos nutricionales.

- Garantizar consejería y acceso a métodos de planificación familiar, incluyendo esterilización quirúrgica.

➤ **MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO¹**

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en domicilio o en una unidad de salud del primero o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto.

El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia postparto. En el manejo activo se incluyen:

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de ergometrina IM (si no está disponible la oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción.
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.

La oxitocina intramuscular produce contractilidad uterina a los 2 a 3 minutos después de aplicada la inyección, persistiendo el efecto por 2 a 3 horas.

✓ ***Tensión controlada del cordón umbilical.***

Palpe el fondo uterino para investigar contracciones uterinas, vigile el sangrado transvaginal.

Tensione con una mano de manera controlada y firme el cordón umbilical pinzado en el momento de la contracción uterina, evaluando continuamente el grado de adherencia de la placenta a la pared uterina.

1. Con la otra mano explore el abdomen y ejerza contratracción del cuerpo uterino y determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si este no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contratracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.
2. Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).
3. Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).

USO DE MEDICAMENTOS OXITÓCICOS¹

	Oxitocina	Ergonovina Metilergonovina	Misoprostol*
Dosis y vía de administración	IV: Infunda 20 unidades en 1 litro SSN 0.9% de líquidos IV a 60 gotas por minuto IM: 10 a 20 unidades Hemorragia Posparto: 20 a 40 unidades	IM o IV (lentamente): 0.2 mg	400-600 mcg: Vía oral o sublingual o vía rectal
Dosis continua	IV: Infunda 20 unidades en 1 litro de líquidos IV a 40 gotas por minuto	Repita 0.2mg IM después de 15 minutos. Si se requiere, administre 0.2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas.	Única dosis.
Dosis máxima	No más de 3 litros de líquidos IV que contengan Oxitocina	5 dosis (un total de 1.0 mg)	600 mcg. (Vía oral o sublingual).
Precauciones/ contraindicaciones	No administre en bolo IV	Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía. No administre en bolo IV.	Asma.

MANIOBRAS PARA EL CONTROL DEL SANGRADO UTERINO¹

➤ COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO

1. Preparación del personal

- Deben intervenir un mínimo de dos personas, por lo menos una de ellas capacitada en la técnica.
- El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones.
- Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales se encuentren disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico.

2. Actividades previas

- Equipo descartable para infusión intravenosa, soluciones intravenosas.
- Guantes estériles.

- Lubricante y antiséptico local.
- Ropa de atención del parto.
- Jabón y agua.

3. Precauciones

- Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- Use una bata con mangas largas.
- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

4. Procedimiento inicial

- Observe si hay signos de shock.
- Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
- Coloque una vía segura y pasar Solución Salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).
- Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
- Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

➤ COMPRESION DE LA AORTA ABDOMINAL

- Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal.
- El punto a comprimir queda por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
- Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato.
- Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.

➤ **PREPARACIÓN DE LOS DESGARROS DEL CUELLO UTERINO**

- Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en shock) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución Salina Normal o Lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Si la mujer está en shock, evite utilizar sustitutos del plasma (por ejemplo dextrano) No hay evidencia que sean superiores a los cristaloides y en dosis elevada pueden ser dañinos.
- Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino.
- Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos. Realice el procedimiento bajo anestesia o sedación.
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de ojo. Aplique las pinzas en ambos lados del desgarro y hale suavemente en diversas direcciones con

objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Puede haber varios desgarros.

- Cierre los desgarros del cuello uterino con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarro), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado.
- Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada, refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre. Luego:
 - Después de 4 horas, abra las pinzas parcialmente pero no las retire.
 - Después de 4 horas más, retire por completo las pinzas.

Para reparar un desgarro del cuello uterino que ha penetrado más allá de la bóveda o cúpula vaginal puede ser necesario realizar una laparotomía.

➤ **EXTRACCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA** ¹

- *Definición*

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

- *Indicaciones*

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

- **Contraindicaciones**

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

- **Complicaciones**

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

1. CONDICIONES PARA EL PROCEDIMIENTO

- Consentimiento informado, debido a que en ocasiones el procedimiento no se realiza en condiciones de analgesia profunda, la mujer puede percibir dolor y molestia, por lo cual es importante explicarle cómo se realizará el procedimiento y especialmente, cuáles van a ser dichas molestias.
- Los familiares deben estar informados de la complicación que ocurre y si es posible firmar un consentimiento escrito a nombre de la paciente.
- Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- Use una bata con mangas largas.
- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

2. ELEMENTOS CLAVES PARA EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA

- Canalizar con bránula número 14 o 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámica- mente (soluciones o sangre).

- Administrar oxitocina.
- Tome muestra de sangre (Hematocrito y Hemoglobina) y prepare para hacer pruebas cruzadas y trasfundir sangre total si es necesario.
- Brinde apoyo emocional y aliento.
- Si tiene condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no hacer sedación con 10 mg de diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar IV lento.

3. ANALGESIA

- Asepsia y antisepsia local.
- Diazepam 10 mg IV. Lentamente.

4. ANTIBIÓTICOS

- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.
- Ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- Cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- Si hay signos de infección, administre antibióticos.
- Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas.
- Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso IV cada 24 horas (160mg IV diario). Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Si existe fiebre 72 horas después de dar inicio a los antibióticos reevalúe a la paciente y revise el diagnóstico.

5. PROCEDIMIENTO

- Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina.
- Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina (Figura A-8).
- Nota: Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición normal.
- Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y a pared uterina.
- Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.
- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta

- Con la otra mano, continúe aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.
- Palpe el interior de la cavidad uterina para asegurarse de que ha extraído todo el tejido placentario.
- Administre oxitocina 20 unidades en 1 litro de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a razón de 60 gotas por minuto.
- Pida a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.
- Si hay sangrado profuso continuo, administre ergometrina 0.2 mg IM.
- Examine la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que está íntegra. Si falta algún lóbulo o tejido placentario, explore la cavidad uterina para extraerlo.
- Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina o repare la episiotomía.

○ **PROBLEMAS**

- Si la placenta queda retenida a causa de un anillo de constricción o si han transcurrido horas o días desde el parto, puede que no sea posible hacer entrar toda la mano en el útero.
- Extraiga la placenta en fragmentos utilizando dos dedos, una pinza foersters o una cureta gruesa.

6. ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Observe a la mujer estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV.
- Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.

- Palpe el fondo del útero para asegurarse de continúa contraído.
- Verifique para detectar si hay una cantidad excesiva de loquios.
- Continúe la infusión de líquidos IV con oxitocina por 6 horas más.
- Transfunda según la necesidad.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:** descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

- **Área de estudio:** servicio de labor y parto, y puerperio fisiológico del Hospital Bertha Calderón Roque.

- **Universo:** 2962 partos vaginales a término atendidos en el periodo de estudio.

- **Población a estudio:** pacientes con partos vaginales a término atendidos en el servicio de labor y parto del HBCR en el periodo de enero a octubre del año 2015.

- **Tamaño de la Muestra:** 157 expedientes clínicos de pacientes atendidas como partos vaginales a términos y con diagnóstico de hemorragia post parto.

- **Tipo de muestreo:** no probabilístico por conveniencia

- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes atendidas en el servicio de labor y parto del HBCR durante el período de estudio.
 - Pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto durante el puerperio inmediato.
 - Pacientes con nacimientos vaginales a término.
 - Expediente completo.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con atención del parto fuera de la unidad de salud en estudio.
- Pacientes con nacimientos vía cesárea.
- Pacientes con nacimientos vaginales pre y post término.
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto posterior al puerperio inmediato.
- Expediente clínico incompleto.

➤ **Recolección de la información:** se elaboró una ficha acorde a las variables de cada objetivo, obtenidas de la HCPB y el expediente clínico.

➤ **Fuente de información:** los datos fueron obtenidos a través de fuentes secundarias (HCPB y expedientes clínicos) de las pacientes en estudio.

➤ **Análisis de los datos:** los datos se analizaron a través de los programas SPSS 2015.

➤ **Consideraciones éticas:** se solicitó la autorización a la dirección del hospital en estudio explicando los objetivos de la investigación, para la revisión de los expedientes clínicos, donde no se tomó el nombre y apellido de las pacientes; los datos obtenidos fueron confidenciales y usados únicamente por los investigadores.

➤ **Lista de variables según objetivos.**

OBJETIVO NO. 1

- Edad
- Escolaridad

- Procedencia
- Ocupación

OBJETIVO NO. 2

- Gestas previas
- Paridad
- Aborto
- Cesárea anterior
- Legrado
- Óbitos
- Cirugías previas
- Periodo intergenésico
- Controles prenatales
- Edad gestacional

OBJETIVO NO. 3

- Placenta previa
- DPPNI
- Preclampsia
- Eclampsia
- Anemia
- Ruptura prematura de membranas
- APP
- Corioamnioitis
- RCIU
- Diabetes
- IVU
- Várices maternas

OBJETIVO NO. 4

- Presentación
- Hipodinamia uterina
- Tactos ginecológicos
- Macrosomía fetal
- Embarazo prolongado
- Parto obstruido
- Polihidramnios
- Parto con iniciación espontánea
- Conducción del parto
- Inducción del parto
- Parto eutócico
- Parto distócico
- Nivel de atención
- Hora de atención del parto
- Alumbramiento
- Extracción manual de placenta
- MATEP
- Masaje uterino

OBJETIVO NO. 5

- Atonía uterina
- Laceración cervico vaginal
- Episiotomía
- Retención de restos placentarios
- Inversión uterina
- Coagulopatía materna
- Globo de seguridad de Pinard

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA O VALOR
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento del parto.	años	< 20 años 20- 34 años >35 años
<i>Escolaridad</i>	Grado académico de la madre al momento del parto.	Grado académico	Analfabeta Primaria Secundaria Educación superior
<i>Procedencia</i>	Lugar de origen o residencia de la persona.		Urbana Rural
<i>Ocupación</i>	Actividad u oficio a que se dedica la persona en estudio.	Actividad laboral	Ama de casa Estudiante Comerciante Profesional
<i>Gestas</i>	Datos del número de embarazos presentados en la mujer en estudio.		Primigesta(1embarazo) Multigesta (2- más embarazos)
<i>Paridad</i>	Datos del número de partos presentados		Primípara (1 parto) Multípara (2- más partos)

	en la mujer en estudio.		
<i>Aborto</i>	Terminación del embarazo por expulsión o extracción del embrión / feto muerto antes de las 22 SG y un peso menor de 500 gr.		Si No
<i>Cesárea</i>	Datos de intervención quirúrgica en embarazos anteriores.		Si No
<i>Cirugías previas</i>	Intervenciones quirúrgicas realizadas antes o durante el embarazo.		Si No
<i>Legrado</i>	Técnica de extracción de restos placentarios.		Si No
<i>Óbitos</i>	Muerte fetal intraparto		Si No
<i>Periodo intergenésico</i>	Tiempo transcurrido entre el fin de un	Meses Años	< 18 meses 18 meses – 2 años

	embarazo y el inicio de otro embarazo.		Mayor de 10 años
<i>Controles prenatales</i>	Registro de controles y atenciones recibidas por la gestación.	Cantidad	Ninguno 1 -3 4 – 6 7- más
<i>Edad gestacional</i>	Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla.	Semanas	37 semanas 38- 41 semanas
<i>Placenta previa</i>	Presencia de placenta implantada en el segmento inferior después de las 22 SG.		Si No
<i>DPPNI (desprendimiento prematuro de placenta normoinserta)</i>	Separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal después de las 22 semanas de gestación.		Si No

<i>Preclampsia</i>	Síndrome exclusivo del embarazo en pacientes previamente normotensas con edad gestacional mayor de 20SG, con PAS > 140 mmHg y PAD >90 mmHg.		No Moderada Grave
<i>Eclampsia</i>	Ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preclampsia		Si No
<i>Ruptura prematura de membranas</i>	Solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto.		< 12 hrs. >12 hrs. No presente.
<i>Amenaza de parto pre término</i>	presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en 10 minutos, de 30 segundos de		SI NO

	duración con borramiento del cuello del 50% y una dilatación igual o menor a 3 cms		
<i>Corioamnionitis</i>	Infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen.		Si No
<i>Retraso del crecimiento intrauterino</i>	Crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero durante el embarazo.		Si No
<i>Várices maternas</i>	Venas dilatadas que se inflaman y se elevan a la superficie de la piel durante el embarazo.		Si No
<i>Diabetes</i>	Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia crónica resultante de defectos en la secreción de		Si No Tipo I Tipo II

	insulina, acción de la insulina o de ambas.		
<i>Infección de vías urinarias (IVU)</i>	son causadas por bacterias que invaden el aparato urinario y se multiplican, puede ocurrir en cualquier parte del aparato urinario, aunque generalmente se presenta en la uretra		Asintomática Sintomatología leve Sintomatología severa Pielonefritis
<i>Tacto vaginal</i>	Es el que permite evaluar la dilatación, borramiento, consistencia del cuello uterino, presentación, situación, y posición fetal.		2 - 4 5- 8 9 - más
<i>Presentación</i>	Parte del feto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis con suficiente volumen para llenar este estrecho y tiene mecanismo de trabajo de parto.		Cefálica Pélvica

<i>Macrosomía fetal</i>	Exceso de tamaño de un feto con un peso superior a 4000 gramos		Si No
<i>Hipodinamia uterina</i>	Intensidad de las contracciones menor de 25mmHg, la frecuencia menor de 2 en 10 minutos, o la actividad uterina menor de 50UM.		Si No
<i>Parto con iniciación espontánea</i>	Parto sin intervención de agentes externos.		Si No
<i>Conducción del parto.</i>	Es la que se realiza con el fin de aumentar la actividad uterina para lograr la intensidad y frecuencia similar al mecanismo de trabajo de parto espontáneo con el uso de oxitocina.		Si No
<i>Inducción del parto</i>	Parto provocado por intervención		Si No

	deliberada de agentes externos		
<i>Parto eutócico</i>	Es el parto que evoluciona con todos los parámetros dentro de sus límites fisiológicos.		Si No
<i>Parto distócico</i>	El parto que se desvía de los parámetros de normalidad, debido a una o varias causas tales como alteraciones de la contracción uterina, de partes blandas u óseas, anomalías en el tamaño, situación o presentación del feto.		Si No
<i>Parto prolongado</i>	Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin		Si No

	<p>progresión en la presentación fetal, por encima de 12 horas y se manifiesta porque la curva de alerta en el partograma se desvía a la derecha.</p>		
Parto obstruido	<p>Es cuando la embarazada después de estar en trabajo de parto efectivo ha provocado modificaciones cervicales y avance en el proceso de encajamiento y descenso de la presentación, tiene resultado de un progreso insatisfactorio o no progresión del trabajo de parto.</p>		<p>Si No</p>
<i>Polihidramnios</i>	<p>Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico por lo general un índice de líquido</p>		<p>Si No</p>

	amniótico >18 mm alrededor del feto antes de que este nazca.		
Nivel de atención	Se define como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud y se clasifican de acuerdo a los recursos humanos.		Médico de base R4 R3 R2 R1 pre interno
Hora de parto	Hora de nacimiento del bebé.	Horas	6 am – 15 pm 16 pm – 22 pm 23 pm – 5 am
<i>Alumbramiento</i>	Es la expulsión de la placenta y anexos ovulares posterior a la salida del feto en un período de tiempo comprendido entre los 10 y 30 minutos sin manejo activo y 15 minutos con el mismo.		Completo Incompleto

<i>MATEP</i>	Manejo activo del tercer período del parto.		<ul style="list-style-type: none"> • Oxitocina 10 unid IM • Pinzamiento del cordón umbilical • Tracción-contratracción del cordón umbilical • Masaje uterino
<i>Masaje uterino</i>	Es el que se realiza inmediato al alumbramiento placentario por 5 minutos, cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.		<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud • Acompañante • Paciente
<i>Extracción manual de placenta</i>	Es la que se realiza para tratar la retención de la placenta transcurrido más 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento.		Si No
<i>Laceración cervico vaginal</i>	Pérdida de la solución de continuidad del tejido vulvo-vaginal	Grados	No presente. Grado 1 Grado II Grado III

	producido por la salida del feto, pueden ser desgarros pequeños hasta mayores.		
<i>Episiotomía</i>	Incisión quirúrgica del orificio vulvar al momento del desprendimiento de la parte fetal para evitar desgarros graves del periné.		Si No
<i>Retención de restos placentarios</i>	Son restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta que impiden la correcta contracción del útero.		Si No
<i>Atonía uterina</i>	Es la ausencia o deficiencia de las contracciones uterinas posterior al alumbramiento, que provoca la		Si No

	hemorragia activa en el post parto, con riesgo de shock hipovolémico y muerte materna.		
<i>Inversión uterina</i>	Consiste en la inversión del útero dentro de su propia cavidad, descendiendo por la vagina hasta asomarse por la vulva.		Si No
<i>Coagulopatía materna</i>	La coagulopatía es una entidad en la que la capacidad de coagulación de la sangre está disminuida durante el embarazo, parto o puerperio.		Si No
<i>Globo de seguridad de Pinard</i>	Palpación del útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos, y se ubica		Presente No presente.

	aproximadamente a nivel umbilical.		
--	------------------------------------	--	--

VIII. RESULTADOS

Los resultados en nuestro estudio según las características socio demográficas de las pacientes que presentaron hemorragia postparto, en el grupo de menor de 19 años de edad se encontraron 46 casos para un 29%, el grupo de 20 a 35 años con 81 casos para un 52%, seguido del grupo de mayor de 35 años con 30 casos (19%). Ver tabla 1.

Según la escolaridad se encontró que 15 pacientes (10%) eran analfabetas, 25 pacientes(16%) habían cursado primaria, seguido por 77 pacientes (49%) en secundaria y 40 pacientes (25%) habían cursado educación superior. Ver tabla 1.

La procedencia de las pacientes en su mayoría fue rural con 94 casos (60%) y en el área urbana se encontraron 63 casos (40%). Ver tabla 1.

Según la ocupación, el 42 % de las pacientes eran comerciantes, seguido del 27% asistente del hogar, y el 19 y 12% eran estudiantes y profesionales respectivamente. Referente al estado civil se encontró 40 pacientes (25%) que eran solteras, 75 pacientes (48%) estaban en unión libre y 42 pacientes (27%) eran casadas. Ver tabla 1.

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, demostró que el mayor grupo de mujeres atendidas eran multigesta con 115 pacientes (73%), seguidas de las primigesta con 42 pacientes (27%). De acuerdo a la paridad, 105 pacientes (67%) eran multíparas, seguidas por las primíparas con 52 pacientes (33%). Ver tabla 2.

En relación a los antecedentes ginecoobstétricos, 115 pacientes (73%) no habían tenido abortos, y el restante 42 pacientes (27%) habían tenido un episodio de aborto. El total de pacientes 157 (100%) no habían sido cesareadas, de ellas 22 pacientes (14%) tenían cirugías previas y 135 pacientes (86%) no habían tenido ninguna cirugía. Ver tabla 2.

De acuerdo a los legrados, el 3% de ellas se les había practicado legrado, en cambio el 97% no se les había practicado el mismo. En cuanto a los antecedentes de óbitos fetales, 117 pacientes (75%) no lo habían presentado; en cambio 40 pacientes (25%) si lo habían presentado. Ver tabla 2 (a).

Referente al periodo intergenesico, predominó el grupo de 18 meses a 10 años en 82 pacientes (52%), seguido de mayor de 10 años en 48 pacientes (31%), y 27 pacientes (17%) tuvieron un nuevo embarazo en un periodo menor de 18 meses. Ver tabla 2 (a).

En cuanto a los controles prenatales, demostró que 97 pacientes (62%) se realizaron de 4 a 6 controles prenatales, 31 pacientes (20%) se realizaron de 1 – 3 controles, 19 pacientes (12%) se realizaron más de 7 controles prenatales, y a 10 pacientes (6%) no se realizó ningún control prenatal. Ver tabla 2 (a).

Según la edad gestacional a la finalización del embarazo se encontró que 105 pacientes (67%) tenían de 38 – 41 semanas de gestación, seguido del grupo de 37 semanas en 32 pacientes (20%); y 20 pacientes (13%) mayor de 41 semanas de embarazo. Ver tabla 2 (a).

Referente a las patologías asociadas al embarazo ninguna de las pacientes presentó placenta previa, ni desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Ver tabla 3.

En cuanto al síndrome hipertensivo gestacional, se encontró 96 pacientes (61%) que presentaron pre eclampsia moderada, 61 pacientes (39%) no presentaron ninguna patología hipertensiva al momento del parto, no hubo casos de preclampsia grave ni eclampsia. Ver tabla 3.

En relación a la ruptura prematura de membranas 61 pacientes (36%) no presentaron, sin embargo del total de pacientes en estudio, 56 de ellas (39%) presentaron en un tiempo menor de 12 horas y mayor de 12 horas 40 pacientes

(25%). Como antecedente ginecoobstétrico encontramos que el total de pacientes en estudio (100%) no tuvieron amenaza de parto pretérmino. Ver tabla 3.

En referencia a las patologías durante el embarazo, encontramos que el 90% (147 pacientes) no presentaron corioamnioitis, por el contrario 15 pacientes (10%) si la presentaron. De acuerdo al crecimiento intrauterino retardado 5 pacientes (3%) nacieron los bebés con CIUR, en cambio solo 152 pacientes (97%) no lo presentaron en relación a anemia el 32% (50 pacientes) presentaron durante su embarazo anemia moderada, 43 pacientes (28%) anemia leve, el 25% (40 pacientes) no presentaron anemia, y 24 pacientes (15%) anemia severa. Ver tabla 3 (a).

En nuestro estudio encontramos 136 (87%) de los pacientes no presentaban várices, en cambio 21 pacientes (13%) presentaron. Un total 34 pacientes (22%) tuvieron diabetes en el embarazo, seguido de 123 pacientes (78%) no presentaron dicha patología. En referencia a la infección de vías urinarias 147 pacientes (94%) no presentaron, en cambio 10 pacientes (6%) si presentaron infección de vías urinarias. Ver tabla 3 (a).

Según los datos de la atención del parto de las pacientes en estudio 98 de ellas (62%) se le realizaron de 5 – 8 tactos vaginales durante el trabajo de parto, 33 pacientes (21%) de 2 – 4 tactos vaginales, sin embargo a 26 pacientes (17%) más de 8 tactos vaginales. Todos los nacimientos (100%) tuvieron presentación cefálica, del total de ellos 20 (13%) nacieron con macrosomía fetal, el restante 137 bebés (87%) nacieron con peso adecuado para edad gestacional. Ver tabla 4.

En cuanto a la hipodinamia uterina, 50 pacientes (32%) no la presentaron, sin embargo 107 pacientes (68%) presentaron esta complicación. Ver tabla 4.

De acuerdo al trabajo de parto ,147 pacientes (94%) presentaron trabajo de parto prolongado, sin embargo 10 pacientes (6%) no tuvieron trabajo de parto prolongado; en relación al parto y su evolución se encontró que 102 pacientes (65%) tuvieron parto vaginal inducido con Misoprostol, el restante 55 pacientes (35%) no

necesitaron inducción del parto. Del total de pacientes en estudio, 50 pacientes (32%) no necesitaron conducción del parto, en cambio 107 pacientes (68%) se les condujo el parto con oxitocina. Ver tabla 4 (a)

De las pacientes en estudio, solo 55 pacientes (35%) presentaron un parto que evoluciono espontáneamente, el restante 102 pacientes (65%) necesitaron inducción del parto. El 100% de pacientes presentaron parto eutócico, por ende ninguna presentó parto distócico ni obstruido (100%). De 157 pacientes en estudio, 6 de ellas (4%) presentaron polihidramnios, el restante 151 (96%) no presentaron. Ver tabla 4 y tabla 4 (a).

En relación al nivel de atención del parto, predominaron en 77 pacientes (49%) los atendidos por residentes de segundo año de gineco – obstetricia, seguido de 24 (15%) atendidos por residentes de tercer año y primer año respectivamente, 20 pacientes (13%) fueron atendidas por residentes de cuarto año, y el restante de 12 pacientes (8%) los partos vaginales fueron atendidos por médicos especialistas. En cuanto a la hora de nacimiento, el 39% (61 pacientes) nacieron en el grupo de 16 PM -22PM, seguido de 56 pacientes (36%) cuyos nacimientos fueron de 6 AM – 15 PM; y 40 pacientes (25%) sus bebés nacieron entre las 23 PM – 5 AM. Del total de pacientes en estudio, 125 de ellas (80%) tuvieron alumbramiento completo, sin embargo 32 pacientes (20%) presentaron alumbramiento incompleto. Así también 10 de las pacientes en estudio (6%) requirieron extracción manual de placenta, restante 147 pacientes (94%) no requirieron extracción manual. Ver tabla 4 (b) y tabla 4 (c).

En relación al porcentaje de cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto encontramos que en 157 pacientes (100%) se aplicó correctamente el MATEP, sin embargo en 72 pacientes (46%) el masaje uterino fue realizado por sí mismas, en cambio en 69 de ellas (44%) se lo realizaron el familiar acompañante, y a 16 pacientes (10%) el personal de salud. Ver tabla 4 (c).

Referente a los datos del puerperio inmediato, 63 pacientes (40%) presentaron laceraciones cervico vaginales grado I, en cambio 38 pacientes (24%) presentaron laceraciones grado II, y solo 8 (5%) grado III, 48 pacientes (31%) no presentaron laceraciones. Ver tabla 5.

Se les realizó episiotomía a 67 pacientes (43%) y 90 pacientes (57%) no se les realizaron. En cuanto a factor de riesgo para hemorragia post parto, 32 pacientes (20%) presentaron retención de restos placentarios, y 125 pacientes (80%) no presentaron. Ver tabla 5.

Referente a alteración del tono uterino, 103 pacientes (66%) presentaron hipo y/o atonía uterina, y un 34% (54 pacientes) tuvieron adecuada involución uterina. Durante nuestro estudio no hubo casos de rotura uterina, inversión uterina ni coagulopatía materna, y en todas, el globo de seguridad de Pinard estuvo presente en el 100% de las pacientes posterior a 2 horas del puerperio inmediato. Ver tabla 5 y tabla 5 (a).

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. Aproximadamente el 40% de las embarazadas puede sufrir problemas asociados al embarazo, y el 15% presenta complicaciones que tienen secuelas a largo plazo o que ponen en peligro sus vidas. Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 515.000 mujeres mueren anualmente en el mundo a causa de complicaciones asociadas al embarazo y al parto. Por lo general, la mayoría de estas muertes ocurre en países en desarrollo, debido a que con frecuencia las mujeres de estos países no tienen acceso a la atención necesaria para salvarles la vida.

No es posible identificar de manera consistente a las mujeres que presentan un mayor riesgo de sufrir una hemorragia post parto. No obstante, existen varios factores asociados a un aumento del riesgo de hemorragias, entre ellos una hemorragia post parto previa, pre eclampsia, gestación múltiple, macrosomía fetal y obesidad. Entre los factores asociados al trabajo de parto y al parto que inciden en una mayor pérdida de sangre, se encuentran la episiotomía, la cesárea y el trabajo de parto prolongado.

Se realizó un estudio con un universo 157 pacientes atendidas en esta unidad de salud que se diagnosticaron con hemorragia postparto, para un 5.3% de incidencia en esta unidad de salud, lo que indica que por cada 100 partos vaginales a términos atendidos, se presentan 5 casos de hemorragia post parto.

En relación a las características socio demográficas de las pacientes en estudio con respecto a la edad se encontró que la mayoría de las pacientes atendidas se encontraban entre las edades de 20 a 35 años en un 52%, lo que se correlaciona con los hallazgos encontrados en un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque donde la media es de 23 años y en el Hospital Asunción de Juigalpa en un 56.5% concordando con los datos epidemiológicos nacionales

que estiman que la mayoría de los partos se dan entre las edades 19 – 34 años lo que implica un alto riesgo para la madre y para el hijo.

Con respecto a la procedencia de las mujeres atendidas la mayoría eran procedentes de zona rural (60 %) que es un dato semejante a los estudios realizados en el Hospital Asunción de Juigalpa, en el año 2013 en que el 56.5 % procedían de dicha área. Las gestantes procedentes de las zonas rurales tienen menos accesibilidad a los servicios de salud; es probable que en este factor intervenga una serie de elementos negativos, como el incumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes con riesgo dentro del sistema del control prenatal, la distancia a los servicios de salud, la falta de transporte, falta de medios económicos y la idiosincrasia de la comunidad.

Referente al estado civil se encontró que el 48% estaban en unión libre, dichos resultados tienen igual similitud a estudios realizados en el Hospital Alemán Nicaragüense, Hospital Fernando Vélez Paiz y autores como Pinedo y colaboradores encontrando que el 50% , 47.8% y 46% respectivamente de las pacientes estaban en unión libre, condicionando las expectativas económicas y laborales de las mujeres favoreciendo un nivel mayor de pobreza del que ya tenían; relacionado a la escolaridad se encontró 49% cursaron secundaria, 10% analfabetas, dato igualmente reflejado en el estudio realizado en el Centro de Salud Rosario Pravia, en lo que se puede evidenciar que el nivel educativo bajo dificulta la transferencia de información y educación sobre el cuidado de la salud, determinando ciertas actitudes y creencias sobre el proceso de salud y enfermedad, y siendo un factor muy importante, tal como lo refieren trabajos sobre muerte materna.

Según las gestas previas, demostró que el mayor grupo de mujeres atendidas eran multigesta 73%, seguidas de las primigesta con 27% ; en cuanto a la paridad se encontró predominio de multíparas que representaron un 67%, seguido de las primíparas en un 33% lo que coincide con estudios realizados en el Hospital Provincial de Perú y a nivel nacional el realizado en el Hospital Asunción, Juigalpa

en el año 2010 y 2013 respectivamente, lo que destaca que la multiparidad ha sido citada en muchos estudios previos como un variable clínica importante para hemorragia post parto, por lo que las pacientes múltiparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor.

Otro factor predisponente para hemorragia post parto, son los antecedentes ginecoobstétricos encontrando el predominio de un periodo intergenésico de 18 meses a 10 años en un 52%, dato similar al encontrado en el Centro de Salud en Rosita y Hospital Alemán nicaragüense, donde se demostró que toda paciente con este período intergenesico tiene 4 veces más riesgo de que su embarazo culmine antes de las 20 semanas, debido a que no se tiene una adecuada vascularidad uteroplacentaria debido a la poca adaptabilidad vascular y cuanto más corto es el período más pronto termina el embarazo.

Según las normas del MINSA, cada embarazo debe contar con un mínimo de 4 controles prenatales, en nuestro estudio encontramos que un 62% se realizaron de 4 a 6 controles prenatales, y un 20% se realizaron de 1 – 3 CPN; es notorio que un poco más de la mitad de las pacientes recibieron los controles normados que nos permitirían determinar y establecer el riesgo de padecer algún tipo de complicación como la hemorragia postparto, sin embargo dichos resultados ponen en discusión la calidad de la intervención obstétrica, por la presencia de la gestante en los servicios de salud y cuya atención no contribuyó a vulnerar los riesgos asociados a la gestación, por ello la importancia de promover y realizar captación temprana de los embarazos; sin embargo todavía existe un gran porcentaje de gestantes que prefiere atenderse en sus domicilios, con personal no capacitado ni entrenado, lo que explica en alguna forma el manejo inadecuado de las hemorragias en el puerperio inmediato.

Los datos epidemiológicos nacionales mencionan que la mayoría de los productos son partos en edades comprendidas entre las 37 a 41 6/7 semanas de gestación lo que coincide con los resultados de nuestro estudio donde hay una prevalencia

mayor de partos en las edades gestacionales comprendidas entre 38 – 41 semanas de gestación.

De acuerdo a las patologías durante el embarazo, encontramos que las más frecuentes fue preclampsia moderada, ruptura prematura de membranas menor de 12 horas y anemia moderada, dichos datos similares a los obtenidos en el Hospital Alemán Nicaragüense y a nivel internacional en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez de Ecuador, en este último predominó la anemia y la preclampsia moderada en un 40% y 50% respectivamente, esto debido a la asociación observada que la enfermedad hipertensiva del embarazo suele llevar implícito trombocitopenia y alteraciones de la función plaquetaria; además en cuanto a la anemia por una dieta inadecuada, en la que los riesgos nutricionales se incrementan, lo que es preocupante debido a que la mujer con anemia puede tolerar menos la hipoxia que conlleva la hemorragia.

Según los datos en la atención del parto, de las pacientes en estudio el 62% se le realizaron de 5 – 8 tactos vaginales durante el trabajo de parto, y 87% nacieron con peso adecuado para edad gestacional, diversos estudios demuestran que el tacto vaginal debe ser considerado como un factor de riesgo potencial de padecer una infección amniótica o puerperal y neonatal; según las normas del MINSA estos deben de realizarse por lo menos una vez cada 4 horas en el primer periodo del trabajo de parto, y posterior a ruptura de membranas solo las veces que sea necesario.

Durante el período intraparto encontramos que en lo referente a trabajo de parto prolongado 147 pacientes (94%) lo presentaron; 65% de las pacientes tuvieron inducción del parto y 68% parto conducido lo que se correlaciona con el mismo porcentaje de pacientes que presentaron hipodinamia uterina lo que es alto en comparación con otros estudio donde la proporción fue mucho menor, en relación a los factores de riesgo del parto y su evolución se encontró que en orden de frecuencia más de la mitad tuvieron parto vaginal inducido con Misoprostol y , conducción del parto con oxitocina, tomando en cuenta el riesgo por una mala

vigilancia que pueda producir una actividad uterina exagerada, bien coordinada y con una duración del trabajo de parto de menos de 3 horas produciendo un descenso precipitado y por ende podría producir ruptura uterina, desgarros cervicales, vaginales o vulvares que pueden producir hemorragias puerperales.

En relación al nivel de atención del parto, en un 49% los partos fueron atendidos por residentes de segundo año de gineco – obstetricia. Así mismo el 80% tuvieron alumbramiento completo, sin embargo solo 32 (20%) presentaron alumbramiento incompleto, por lo que también solo el 6% requirieron extracción manual de placenta. Se ha comprobado que el manejo activo del alumbramiento, en comparación con el fisiológico, conlleva un menor índice de hemorragia posparto, una menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.

En relación al porcentaje de cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto encontramos un cumplimiento exitoso (100%), lo que es mayor que los datos encontrados un 97.3% y 50% en el Hospital Bertha Calderón Roque y Centro de Salud Rosario Pravia en Rosita respectivamente, esto nos indica la aceptación de la técnica para profilaxis de hemorragia posparto que está siendo implementada en el mundo para disminuir la morbimortalidad materna.

En cuanto a la realización del masaje uterino en el 46% fue realizado por sí mismas, y al 44% se lo realizaron el familiar acompañante, lo que nos indica el poco apego del personal de salud a la realización del mismo, considerando que en la actualidad no se cuenta con bibliografía que haga referencia sobre la persona que realiza el masaje uterino.

En lo que a puerperio inmediato, como factor predisponente para hemorragia post parto, en nuestro estudio siendo el principal la hipo y/o atonía uterina en un 66%, seguido de retención de restos placentarios (62%) en orden de frecuencia, laceraciones cervicovaginales lo que se asocia con la realización de episiotomía por ende aumenta significativamente la pérdida de sangre y aumenta la aparición de hemorragias post parto, lo que coincide con los resultados de estudios realizados

sobre el tema en abordaje y las normas nacionales que ponen de manifiesto la atonía uterina como la principal causa de hemorragia post parto, que conlleva a la todavía elevada incidencia de muerte materna, por lo que se hace necesario el contribuir y fortalecer trabajos en conjunto desde la familia y comunidad con el objetivo de proteger al binomio de cualquier complicación obstétrica y neonatal respectivamente, con CPN integrales con personal capacitado al servicio de la población.

X. CONCLUSIONES

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad han hecho que su incidencia no supere el 5%, sin embargo sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable.

La hemorragia post parto se presentó con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva de 20 – 34 años, de procedencia rural predominantemente, con nivel de escolaridad de secundaria. En cuanto a ocupación se refiere la mayoría eran comerciantes, en unión estable, con embarazo a término con adecuado peso del bebé al nacimiento.

Los antecedentes ginecoobstétricos más frecuentes fueron la multiparidad, cirugía previa, periodo intergenésico de 18 meses a 10 años, controles prenatales de 5- 8. Entre las patologías durante el embarazo la mayoría de las pacientes presentaron preclampsia moderada, anemia moderada, y ruptura prematura de membranas menor de 12 horas.

En cuanto a la atención del parto a las pacientes se les realizaron de 5 – 8 tactos vaginales, con parto prolongado, para lo que se hizo necesario la conducción del mismo en la mayoría de ellas. Se aplicó correctamente el MATEP en el cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto, con la deficiencia en la realización del masaje uterino por parte del paciente y familiar predominantemente.

Las causas más frecuentes de hemorragia post parto en el puerperio inmediato fueron en orden de frecuencia la hipotonía y/o atonía uterina, seguido de retención de restos placentarios, laceraciones cervico vaginales grado I y II, y la realización de episiotomía.

XI. RECOMENDACIONES

El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores.

1. A todo el personal médico y paramédico que brinde control prenatal educar adecuadamente a nuestras pacientes sobre la planificación familiar con el fin de espaciar el número de embarazos, en conjunto con la familia y comunidad, con el fin de evitar múltiples complicaciones.
2. Enfatizar y dar a conocer a las mujeres gestantes sobre la importancia de las casas maternas con el objetivo de vigilar más cercana el curso del embarazo, sobre todo en regiones lejanas a la unidad de salud a la cual acudir de forma oportuna si se presentara alguna complicación, por lo que el personal de la salud debe conocer las características, creencias y percepción de la población a su cargo acerca de los servicios de salud y tenerlas en cuenta en las políticas que implementa.
3. Que las autoridades ministeriales, de SILAIS y Hospitales garanticen la correcta aplicación del manejo activo del tercer período del parto, mediante la constante capacitación y monitoreo periódico de los recursos de todas las unidades de salud.
4. A las autoridades docentes y asistenciales del MINSA, SILAIS y Hospitales, concientizar al personal de salud sobre el número de tactos vaginales innecesarios frecuentes con el objetivo de disminuir las complicaciones potenciales en el binomio madre e hijo aumentando de esta manera su estancia intrahospitalaria; garantizando además un adecuado vigilancia y seguimiento

de los periodos del parto, el uso de oxitocina y Misoprostol en todas las pacientes independientemente de la paridad.

5. A los jefes de servicios hospitalarios enfatizar en la realización de la episiotomía debe ser selectiva y solo en casos que resulten justificados y no en forma rutinaria. Además, si fuese necesaria, esta debería ser realizada justo en el momento de la salida de la presentación fetal y no varios minutos previos, pues ello incrementa el volumen sanguíneo perdido.

6. Que los jefes de servicios, médicos de base de turno, coordinador de residentes de turno y coordinador de sala de labor y parto y maternidad, garanticen que el masaje uterino sea realizado en un 100% por personal médico y paramédico, y que este se realice con la técnica adecuada en la prevención del 100% de la hemorragia post parto.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua, Abril 2013.
2. Orozco Yanza, Jenny Patricia. Factores de Riesgo de Hemorragia Postparto en Pacientes con Puerperio Inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo. 2010
3. Pablo Miguel Ojeda, Sofía Esther Medina Pinto Dra. Griselda Iratí Abreo. Hemorragia puerperal. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 206. Argentina, Abril 2011.
4. Hernández, Dayana. Manejo de la hemorragia severa post parto. Universidad de El Salvador. El Salvador, C.A, 2012.
5. Barba, Vallejos Deisy. Efecto de la aplicación del manejo activo del III periodo del parto y hemorragia posparto en el Hospital General Docente Riobamba. Ecuador, 2013.
5. Narváez, Delgado Edgard José. Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en dos hospitales de Managua. Hospital Fernando Vélez Paíz y Hospital Bertha Calderón Roque. Nicaragua, 2007.
6. Araúz, Téllez Pedro. Manejo de la hemorragia post parto por atonía uterina. Hospital Bertha Calderón Roque. Nicaragua, 2011.
7. Rodas, Kelvin; RUÍZ, Marlon. Principales factores maternos asociados a hemorragia post parto en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital San Juan de Dios. Estelí, Nicaragua. 2008-2011.

8. Centeno, Mauricio. Hemorragia post parto en las mujeres atendidas en el Centro de Salud Rosario Pravia Medina. Rosita, RAAS. UNAN Managua, 2012.
9. Toledo, Maycol. Aplicación del protocolo de hemorragia post parto establecido por el MINSA, en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Asunción. JUIGALPA, Nicaragua. 2013.
10. Altamirano, Luis. Calidad en el manejo de la hemorragia post parto en las pacientes atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Tesis monográfica para optar al título de médico y cirujano. UNAN Managua, 2013.
11. H. Karlson, C. Pérez. Hemorragia post parto. Servicio de ginecología y obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Anales del sistema de Navarra. España, Pamplona, 2011.
12. Ministerio de Salud. Manual Breve para la Práctica clínica en emergencia obstétrica. Argentina, 2012.
13. Gibbs, RS. Diagnosis of intra- amniotic infection. Perinatol. Texas Tech University Health Sciences Center. Enero, 1977.
14. Facultad de Medicina de San Luis Potosí. Práctica Clínica: Hemorragia Postparto. México, 2012. Pág 210 – 220.
15. Dubón, Peniche María del Carmen; Romero, Vilchis María Eugenia. Revista Facultad de medicina de la Universidad Nacional de México. Vol. No. 54. Septiembre – octubre 2011.
16. IMSS. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento de Sepsis puerperal. Guía no. 27. México, 2011.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Tema: *Principales causas de hemorragia postparto en el puerperio inmediato en pacientes con nacimientos vaginales a término, en el periodo enero a octubre del año 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque*

I. Datos generales

1. Edad: 1) < 19 años 2) 20 a 35 años 3) > 35 años
2. Escolaridad: 1) analfabeta 2) primaria 3) secundaria
- 4) educación superior
3. Procedencia: 1) urbana 2) rural
4. Ocupación: 1) asistente del hogar 2) estudiante
- 3) comerciante 4) profesional
5. estado civil: 1) soltera 2) unión libre 3) casada

II. Antecedentes gineco-obstétricos

1. Gestas previas: 1) primigesta 2) multigesta
2. Paridad: 1) primípara 2) múltipara
3. Aborto: 1) si 2) no
4. Cesárea anterior: 1) si 2) no
5. Cirugías previas: 1) si 2) no
6. Legrados: 1) si 2) no
7. Óbitos: 1) si 2) no
8. Periodo intergenésico: 1) < 18 meses 2) 18 meses a 10 años
- 3) > 10 años

9. CPN: 1) ninguno 2) 1-3 3) 4-6 4) > 7
10. Edad gestacional: 1) 37 semanas 2) 38-41 semana
3) >41 semanas

III. Patologías durante el embarazo

1. Placenta previa: 1) si 2) no
2. DPPNI: 1) si 2) no
3. Pre-eclampsia: 1) no 2) moderada 3) grave
4. Eclampsia: 1) si 2) no
5. RPM: 1) no presente 2) < 12horas 3) > 12 horas
6. APP: 1) si 2) no
7. Corioamnioitis: 1) si 2) no
8. CIUR: 1) si 2) no
9. Anemia: 1) Ausente 2) leve 3) moderada 4) severa
10. Varices maternas: 1) si 2) no
11. Diabetes: 1) si 2) no
12. IVU: 1) si 2) no

IV. Datos durante el parto

1. Tactos vaginales: 1) 2-4 2) 5-8 3) > 8
2. Presentación: 1) cefálico 2) pélvico
3. Macrosomía fetal: 1) si 2) no
4. Hipodinamia uterina: 1) si 2) no
5. Parto con iniciación espontánea: 1) si 2) no
6. Parto conducido: 1) si 2) no
7. Parto inducido: 1) si 2) no
8. Parto eutócico. 1) si 2) no
9. Parto distócico: 1) si 2) no
10. Parto prolongado: 1) si 2) no
11. Parto obstruido: 1) si 2) no
12. Polihidramnios: 1) si 2) no

13. Nivel de atención del parto: 1) MB 2) R4 3) R3 4) R2 5) R1
6) MPI

14. Hora del parto: 1) 6am- 15pm 2) 16pm-22pm 3) 23pm-5am

15. Alumbramiento: 1) completo 2) incompleto

16. Extracción manual de placenta: 1) si 2) no

17. MATEP:

17.1. Oxitocina: 1) si 2) no

17.2. Pinzamiento del cordón: 1) si 2) no

17.3. Tracción y contratación controlada: 1) si 2) no

17.4. Masaje uterino: 1) si 2) no

18. Realización del masaje uterino: 1) personal de salud

2) acompañante 3) paciente

V. Datos del puerperio inmediato

1. Laceraciones cérvico-vaginales: 1) ausentes 2) grado I
3) grado II 4) grado III

2. Episiotomía: 1) si 2) no

3. Retención de restos placentarios: 1) si 2) no

4. Hipo y/o atonía uterina: 1) si 2) no

5. Rotura uterina: 1) si 2) no

6. Inversión uterina: 1) si 2) no

7. Coagulopatía materna: 1) si 2) no

8. GSP: 1) presente 2) ausente

TABLA NO. 1
DATOS GENERALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
MENOR DE 19 AÑOS	46	29
20 A 35 AÑOS	81	52
MAYOR DE 35 AÑOS	30	19
TOTAL	157	100
ESCOLARIDAD		
ANALFABETA	15	10
PRIMARIA	25	16
SECUNDARIA	77	49
EDUCACION SUPERIOR	40	25
TOTAL	157	100
PROCEDENCIA		
URBANA	63	40
RURAL	94	60
TOTAL	157	100
OCUPACION		
ASISTENTE DEL HOGAR	42	27
ESTUDIANTE	29	19
COMERCIANTE	66	42
PROFESIONAL	20	12
TOTAL	157	100
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	40	25
ACOMPAÑADA	75	48
CASADA	42	27
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 2

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO-OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GESTAS PREVIAS		
PRIMIGESTA	42	27
MULTIGESTA	115	73
TOTAL	157	100
PARIDAD		
PRIMIPARA	52	33
MULTIPARA	105	67
TOTAL	157	100
ABORTO		
SI	42	27
NO	115	73
TOTAL	157	100
CESAREA ANTERIOR		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
CIRUGÍAS PREVIAS		
SI	22	14
NO	135	86
TOTAL	157	100
LEGRADOS		
SI	5	3
NO	152	97
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 2 (a)

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO-OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÒBITOS		
SI	40	25
No	117	75
TOTAL	157	100
PERIODO INTERGENÈSICO		
MENOR DE 18 MESES	27	17
18M -10 AÑOS	82	52
MAYOR DE 10 AÑOS	48	31
TOTAL	157	100
CPN		
NINGUNO	10	6
1-3	31	20
4-6	97	62
MAYOR DE 7	19	12
TOTAL	157	100
EDAD GESTACIONAL		
37 SEMANAS	32	20
38-41 SEMANAS	105	67
MAYOR DE 41 SEMANAS	20	13
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 3

PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO ASOCIADAS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLACENTA PREVIA		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
DPPNI		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
PRE-ECLAMPSIA		
NO	61	39
MODERADA	96	61
GRAVE	0	0
TOTAL	157	100
ECLAMPSIA		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
RPM		
NO	56	36
MENOR DE 12 HORAS	61	39
MAYOR DE 12 HORAS	40	25
TOTAL	157	100
APP		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Tabla 3(a)

PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO ASOCIADAS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORIOAMNIOITIS		
SI	15	10
NO	142	90
TOTAL	157	100
CIUR		
SI	5	3
NO	152	97
TOTAL	157	100
ANEMIA		
AUSENTE	40	25
LEVE	43	28
MODERADA	50	32
SEVERA	24	15
TOTAL	157	100
VARICES MATERNAS		
SI	21	13
No	136	87
TOTAL	157	100
DIABETES		
SI	34	22
No	123	78
TOTAL	157	100
IVU		
SI	10	6
No	147	94
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 4

DATOS DE LA ATENCION DEL PARTO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TACTOS VAGINALES		
2-4	33	21
5-8	98	62
MAYOR DE 8	26	17
TOTAL	157	100
PRESENTACIÓN		
CEFÁLICO	157	100
PÉLVICO	0	0
TOTAL	157	100
MACROSOMÍA FETAL		
SI	20	13
NO	137	87
TOTAL	157	100
HIPODINAMIA UTERINA		
SI	107	68
NO	50	32
TOTAL	157	100
PARTO CON INICIACIÓN ESPONTÁNEA		
SI	55	35
NO	102	65
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 4 (a)

DATOS DE LA ATENCION DEL PARTO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO CONDUCIDO		
SI	107	68
NO	50	32
TOTAL	157	100
PARTO INDUCIDO		
SI	102	65
NO	55	35
TOTAL	157	100
PARTO EUTÓCICO		
SI	157	100
NO	0	0
TOTAL	157	100
PARTO DISTÓCICO		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
PARTO PROLONGADO		
SI	147	94
NO	10	6
TOTAL	157	100
PARTO OBSTRUIDO		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 4 (b)

DATOS DE LA ATENCION DEL PARTO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO-OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POLIHIDRAMNIOS		
SI	6	4
NO	151	96
TOTAL	157	100
NIVEL DE ATENCIÓN DEL PARTO		
MB	12	8
RESIDENTE CUARTO AÑO	20	13
RESIDENTE TERCER AÑO	24	15
RESIDENTE SEGUNDO AÑO	77	49
RESIDENTE PRIMER AÑO	24	15
MÉDICO PRE INTERNO	0	0
TOTAL	157	100
HORA DEL PARTO		
6AM- 15PM	56	36
16PM-22PM	61	39
23PM-5AM	40	25
TOTAL	157	100
ALUMBRAMIENTO		
COMPLETO	125	80
INCOMPLETO	32	20
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA NO. 4(c)

DATOS DE LA ATENCION DEL PARTO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO-OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA		
SI	10	6
NO	147	94
TOTAL	157	100
MATEP		
PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL		
SI	157	100
NO	0	0
TOTAL	157	100
TRACCION Y CONTRATRACCIÓN CONTROLADA		
SI	157	100
NO	0	0
TOTAL	157	100
MASAJE UTERINO		
SI	157	100
NO	0	0
TOTAL	157	100
REALIZACIÓN DEL MASAJE UTERINO		
PERSONAL DE SALUD	16	10
ACOMPañANTE	69	44
PACIENTE	72	46
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 5

DATOS DEL PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LACERACIONES CERVICO VAGINALES		
AUSENTES	48	31
GRADO 1	63	40
GRADO 2	38	24
GRADO 3	8	5
TOTAL	157	100
EPISIOTOMIA		
SI	67	43
NO	90	57
TOTAL	157	100
RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS		
SI	32	20
NO	125	80
TOTAL	157	100
HIPO Y/O ATONÍA UTERINA		
SI	103	66
NO	54	34
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 5(a)

DATOS DEL PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

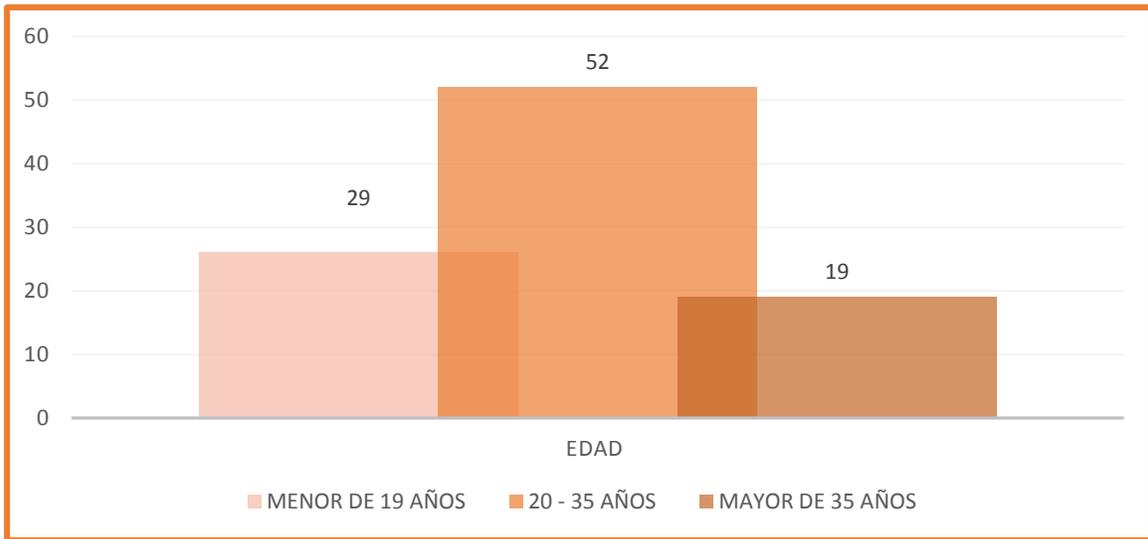
N=157

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ROTURA UTERINA		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
INVERSIÓN UTERINA		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
COAGULOPATIA MATERNA		
SI	0	0
NO	157	100
TOTAL	157	100
GLOBO DE SEGURIDAD DE PINARD		
AUSENTE	0	0
PRESENTE	157	100
TOTAL	157	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICO NO. 1

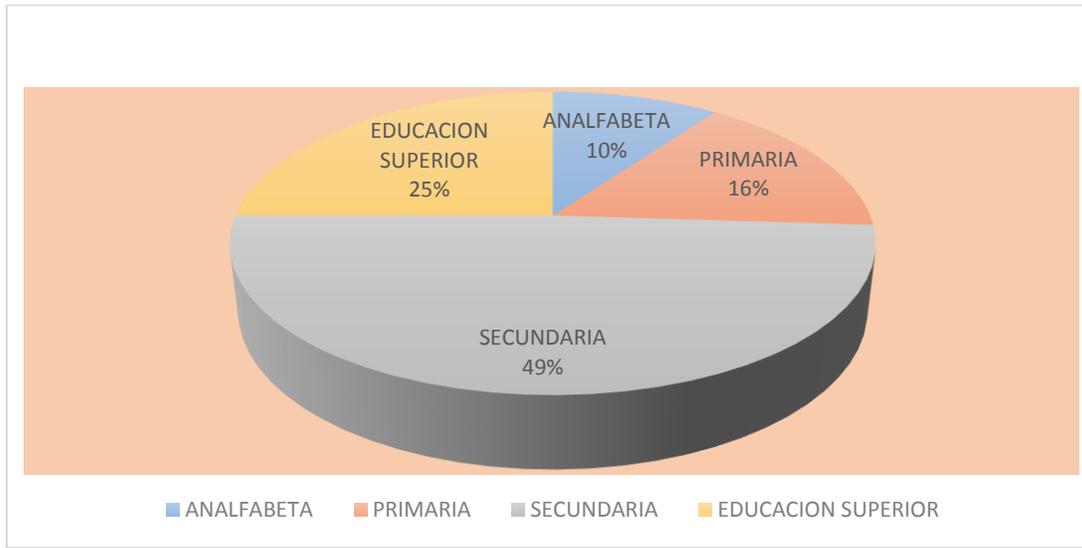
EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 1

GRAFICO NO. 2

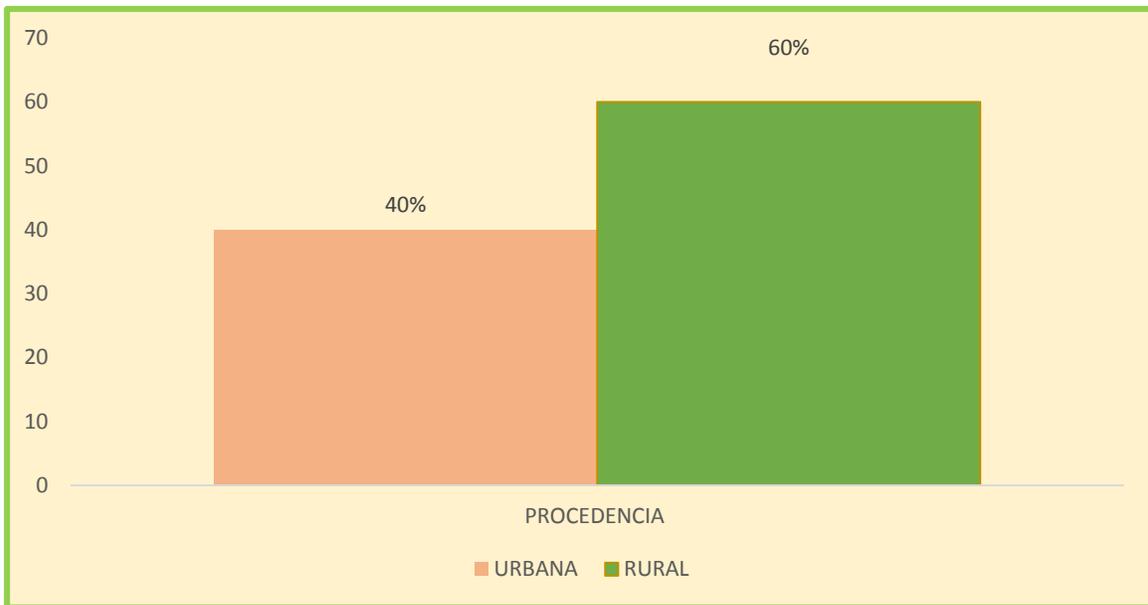
ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE



FUENTE: TABLA 1

GRAFICO NO. 3

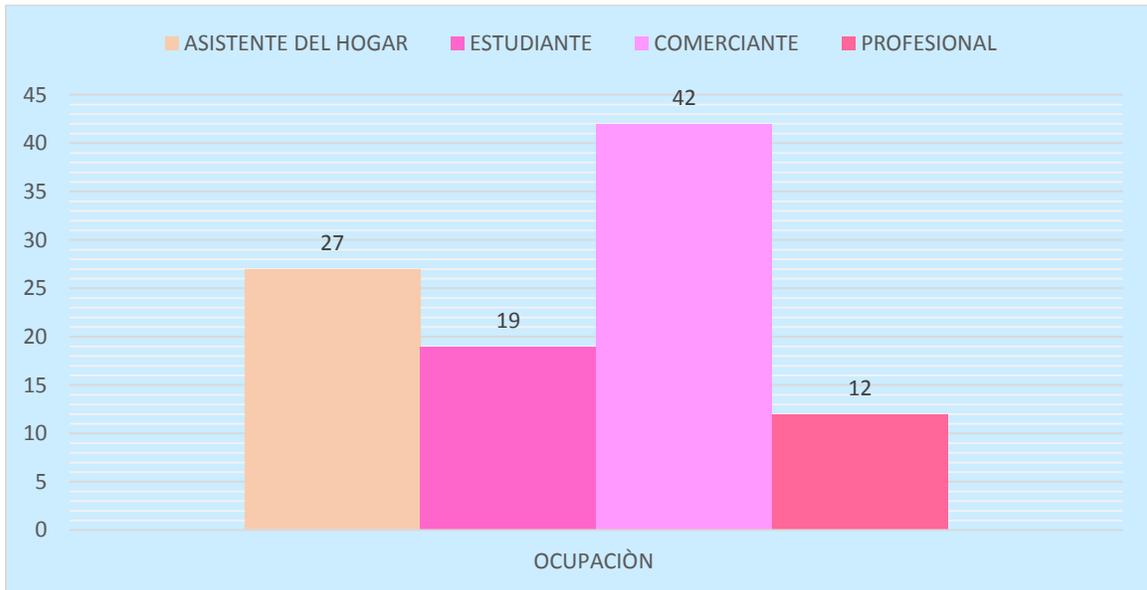
PROCEDENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 1

GRAFICO NO. 4

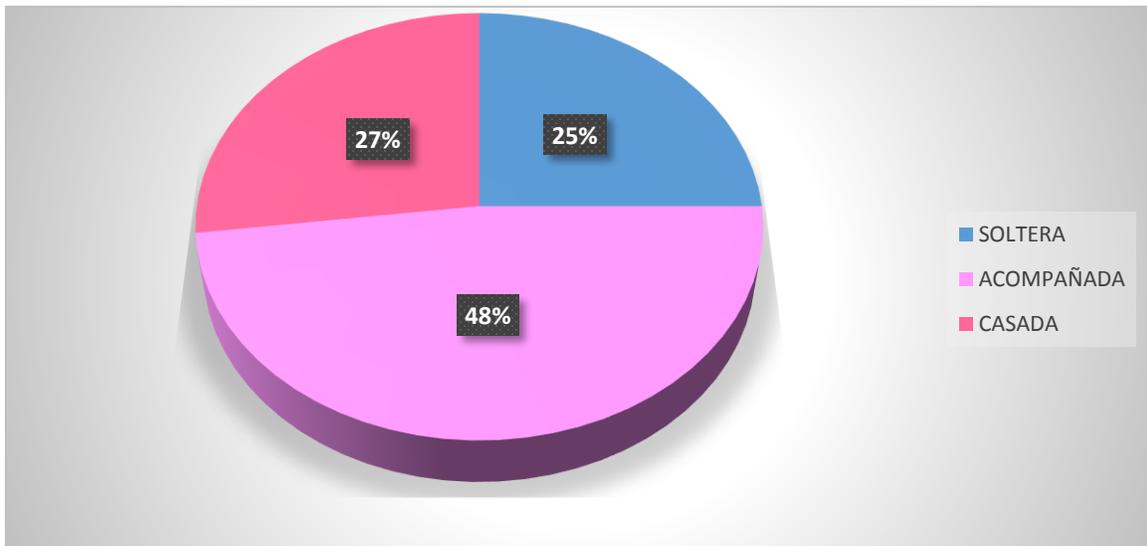
OCUPACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 1

GRAFICO NO. 5

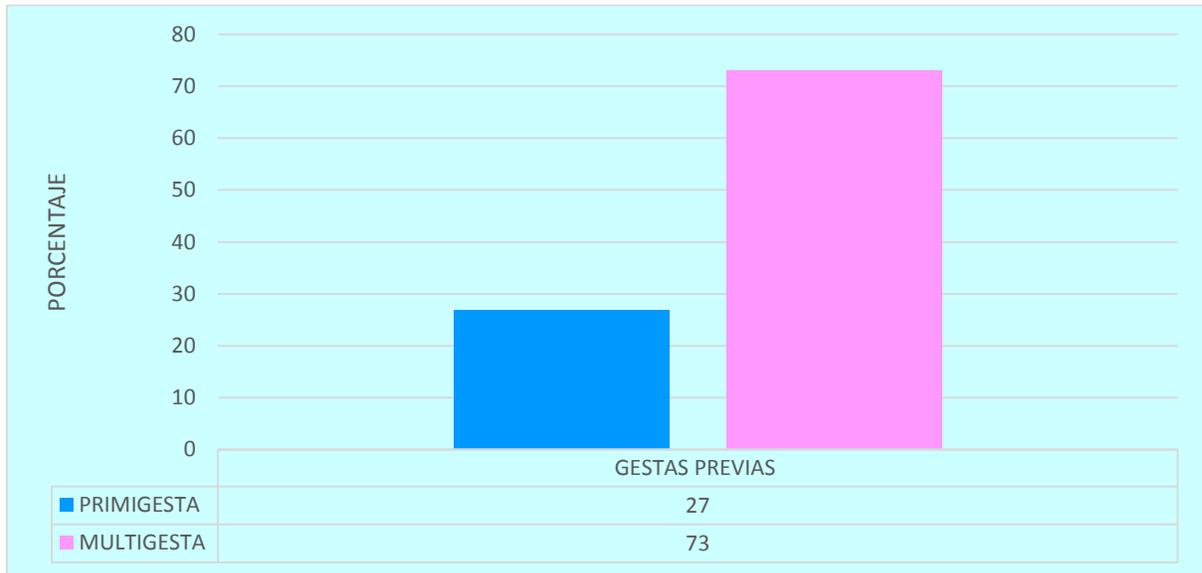
ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 1

GRAFICO NO. 6

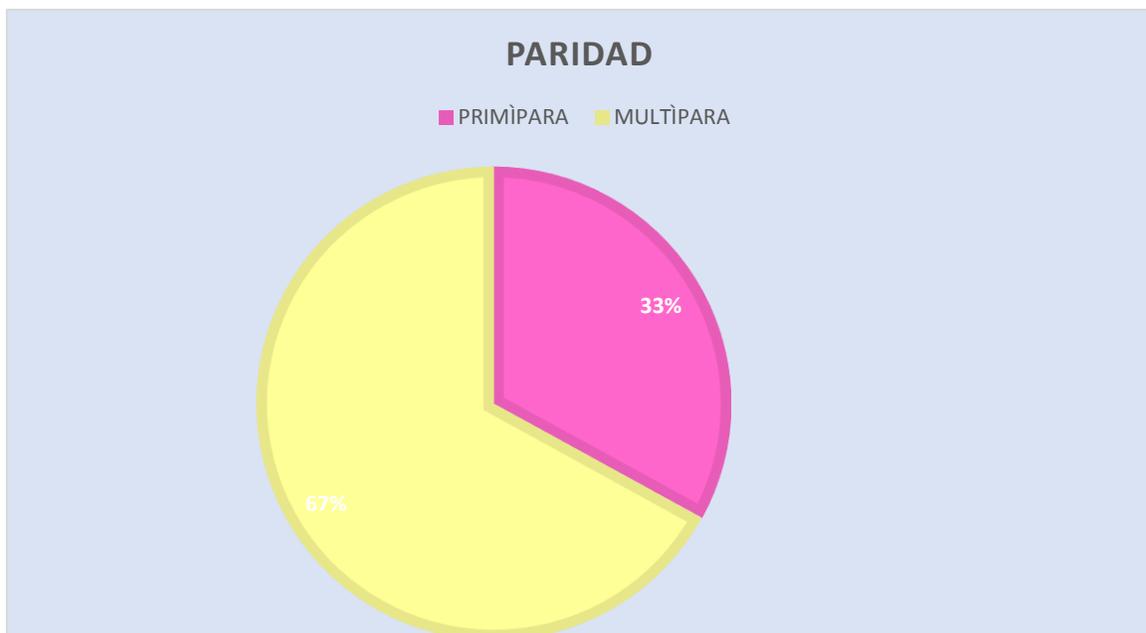
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 2

GRAFICO NO. 7

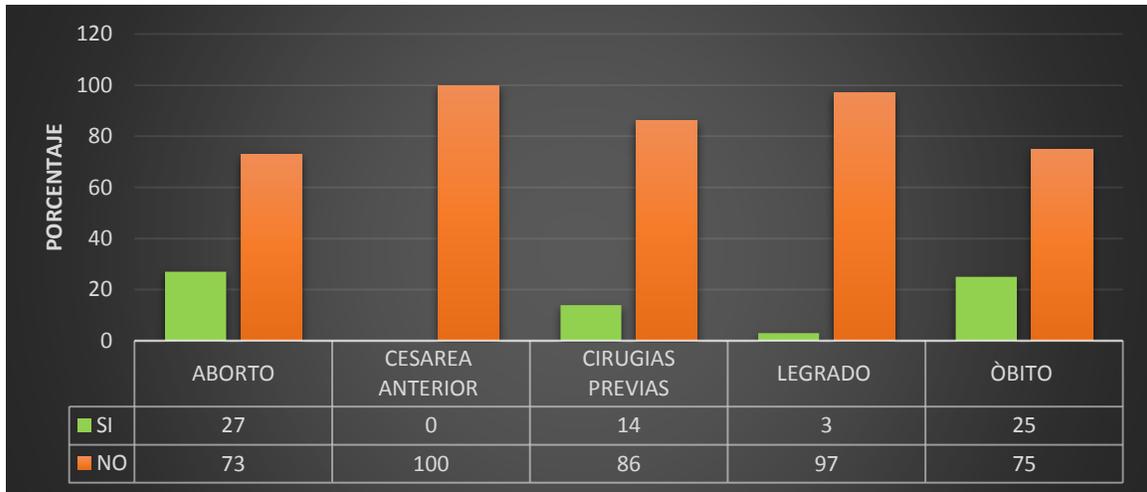
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 2

GRAFICO NO. 8

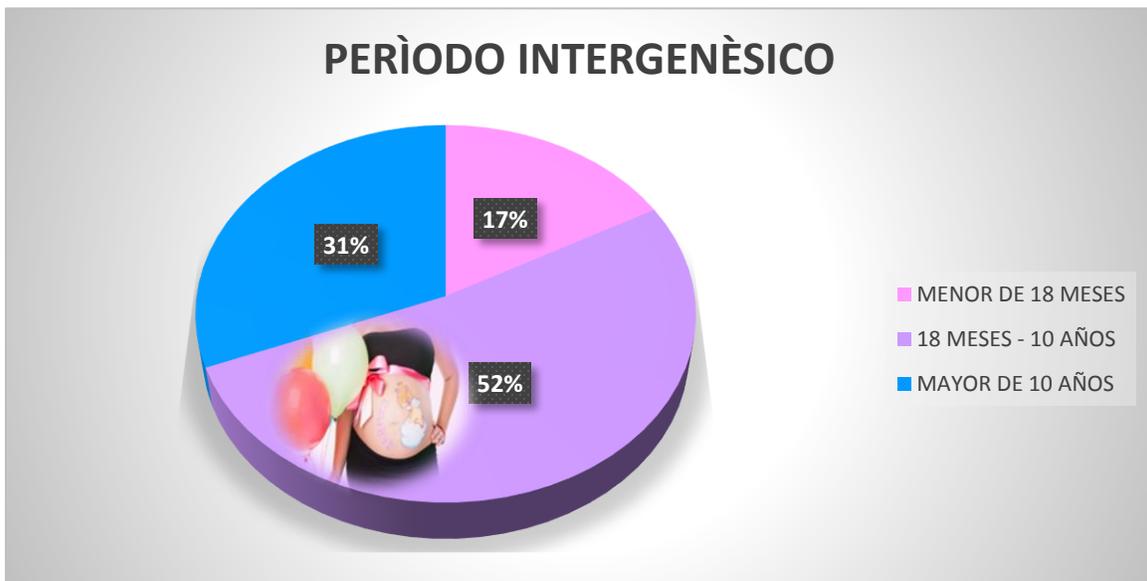
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 2 Y TABLA 2 (a)

GRAFICO NO. 9

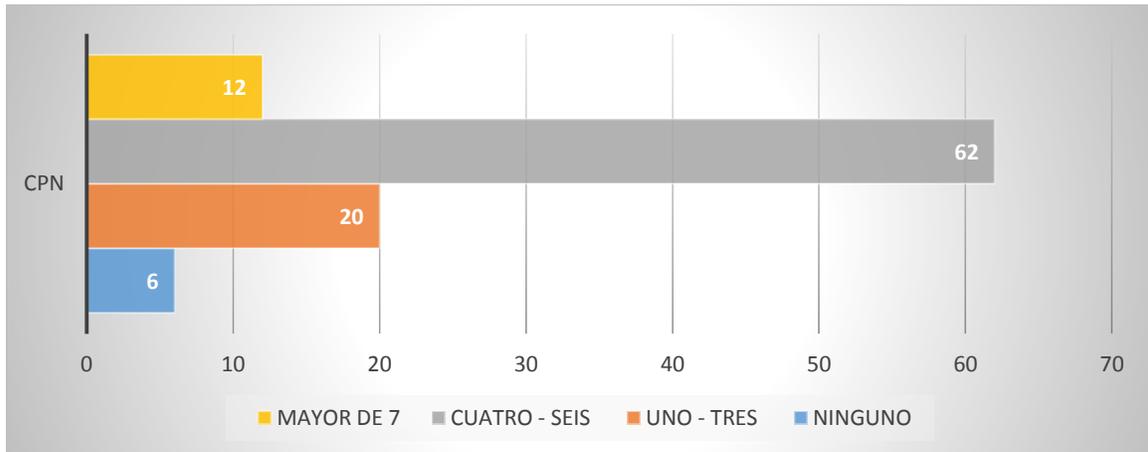
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 2 (a)

GRAFICO NO. 10

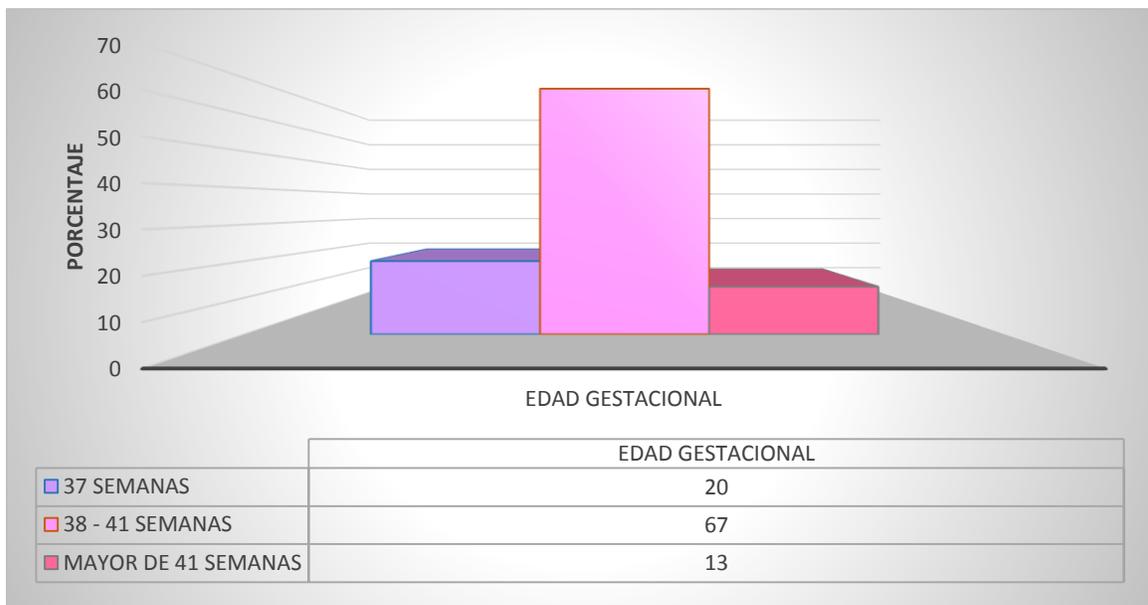
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 2 (a)

GRAFICO NO. 11

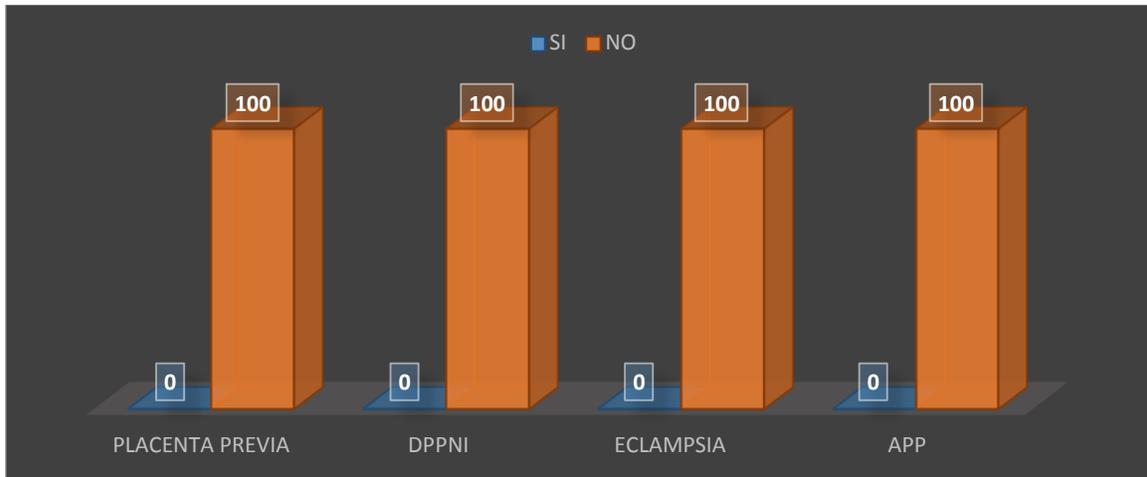
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 2 (a)

GRAFICO NO. 12

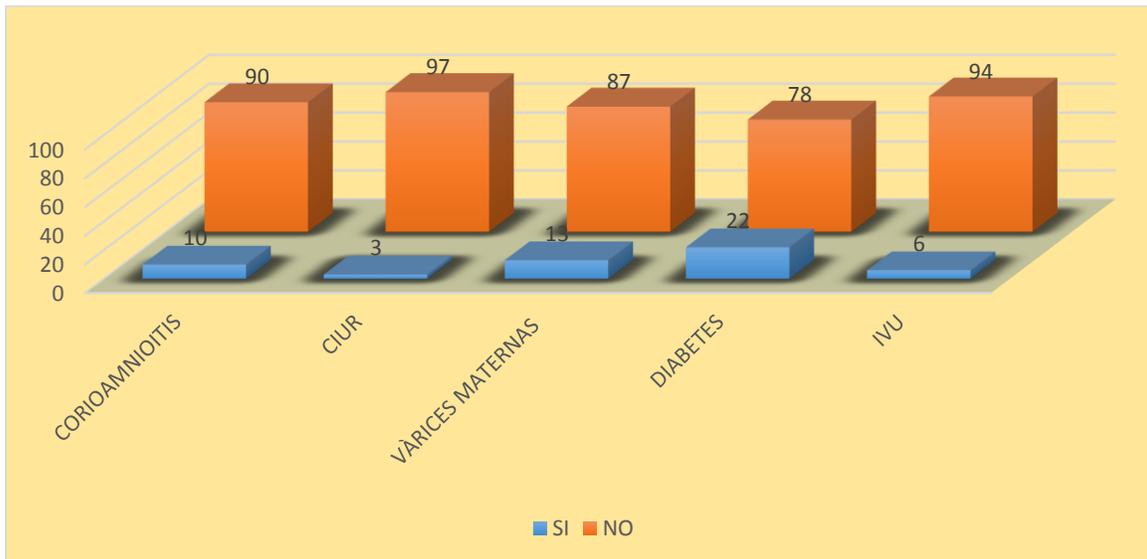
PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 3

GRAFICO NO. 13

PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

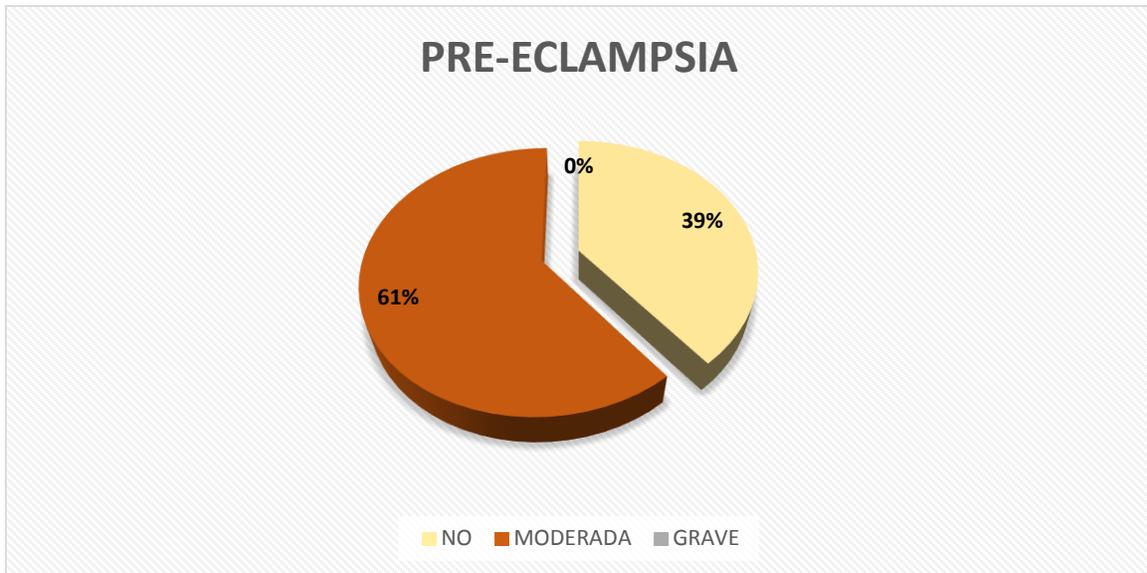


FUENTE: TABLA 3 (a)

GRAFICO NO. 14

PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS

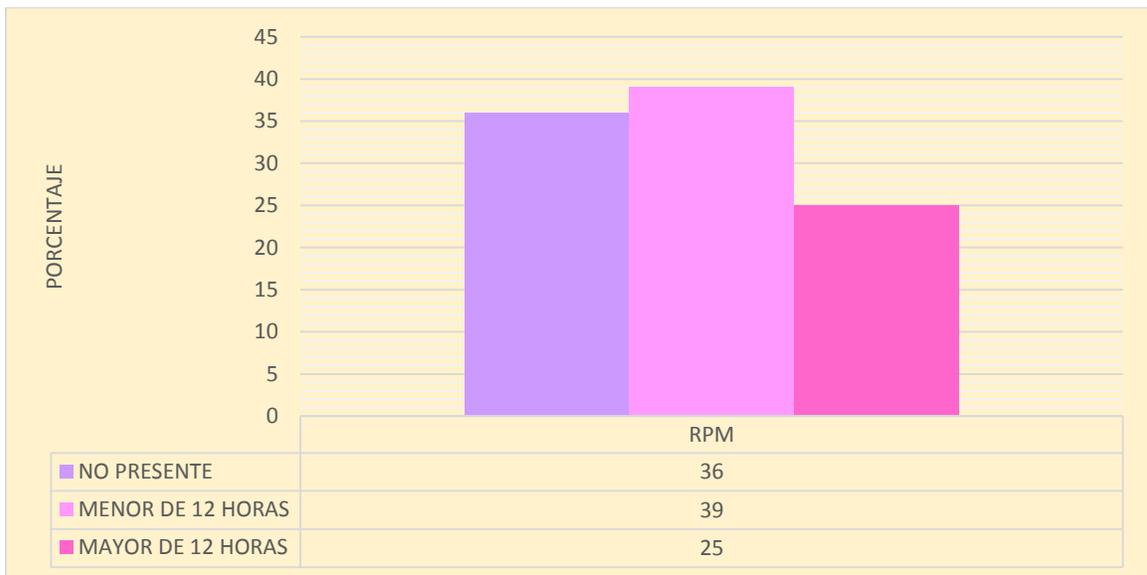
VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 3

GRAFICO NO. 15

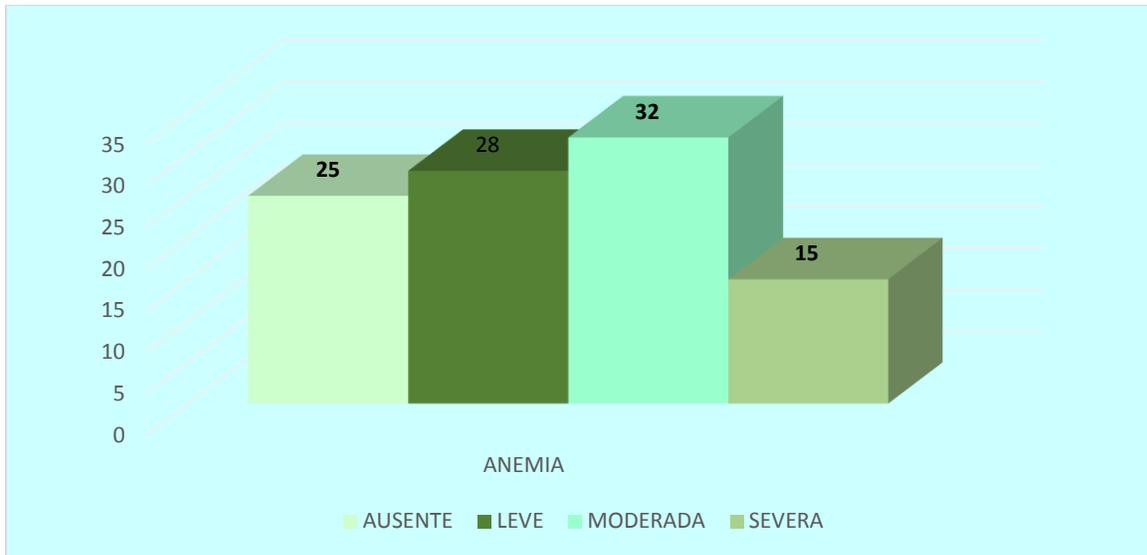
PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 3

GRAFICO NO. 16

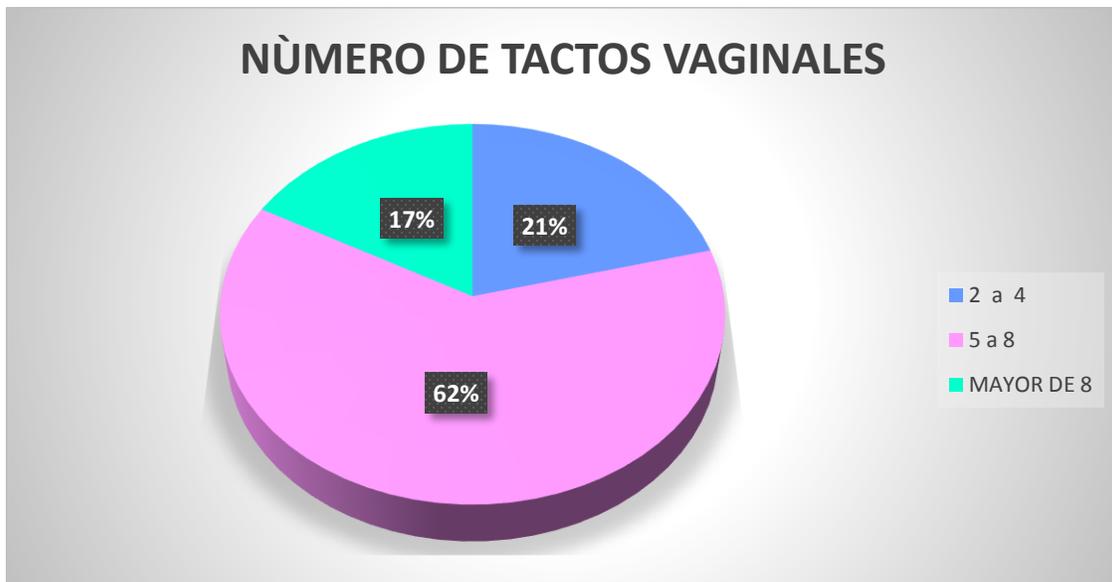
PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 3 (a)

GRAFICO NO. 17

ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4

GRAFICO NO. 18

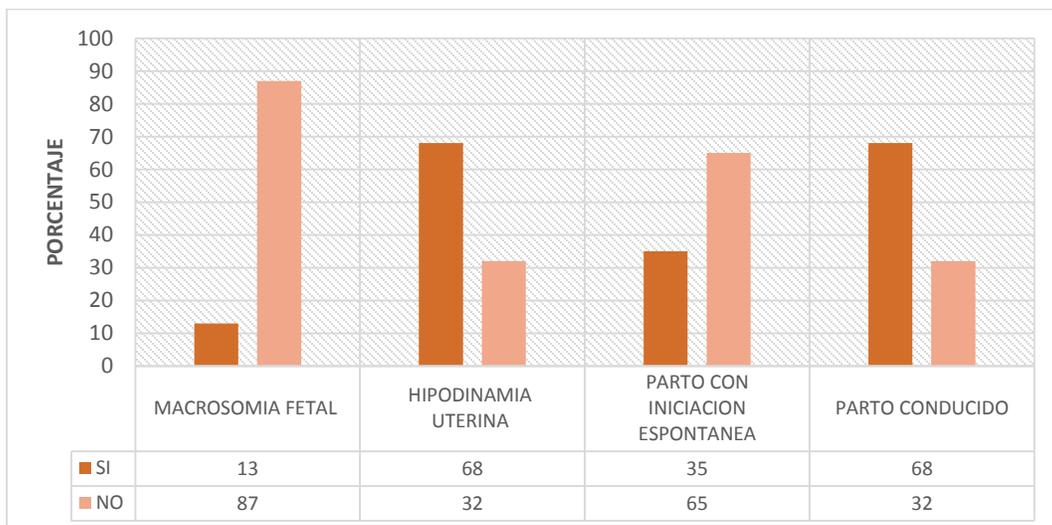
ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4

GRAFICO NO. 19

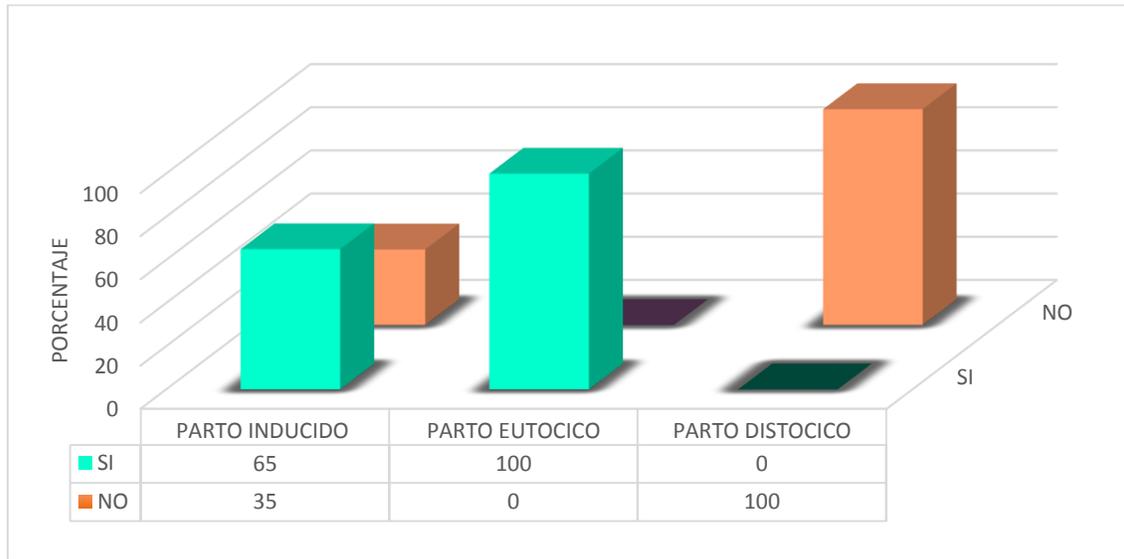
ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4 Y TABLA 4 (a)

GRAFICO NO.20

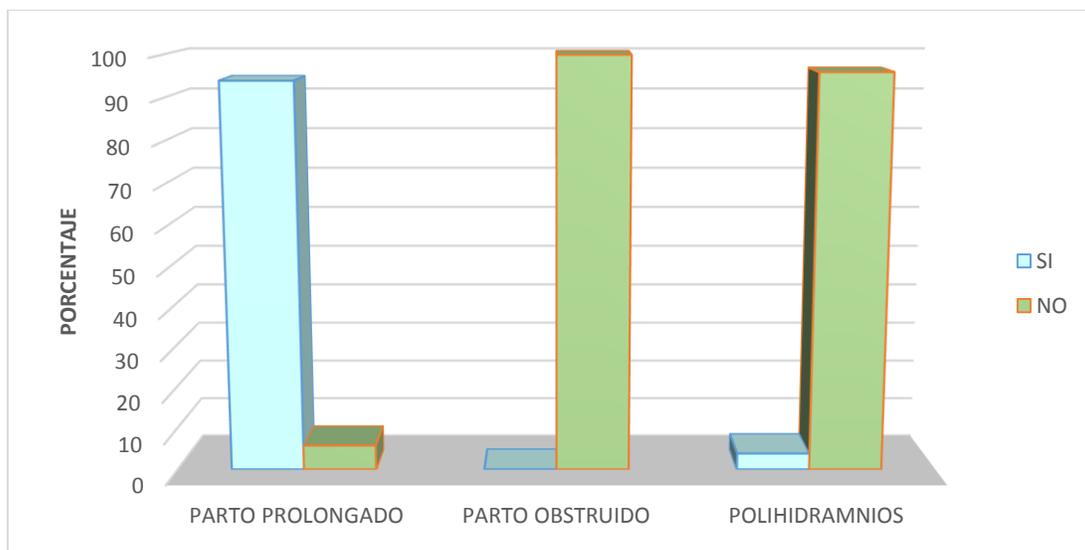
ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4 (a)

GRAFICO NO.21

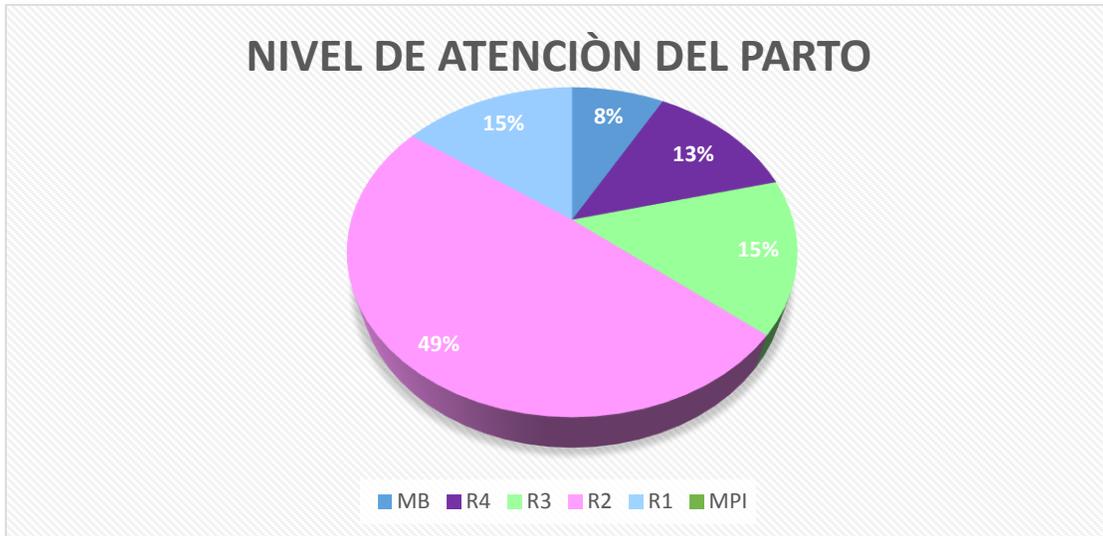
ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4 (a) TABLA 4 (b)

GRAFICO NO. 22

ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4 (b)

GRAFICO NO. 23

ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4 (b)

GRAFICO NO. 24

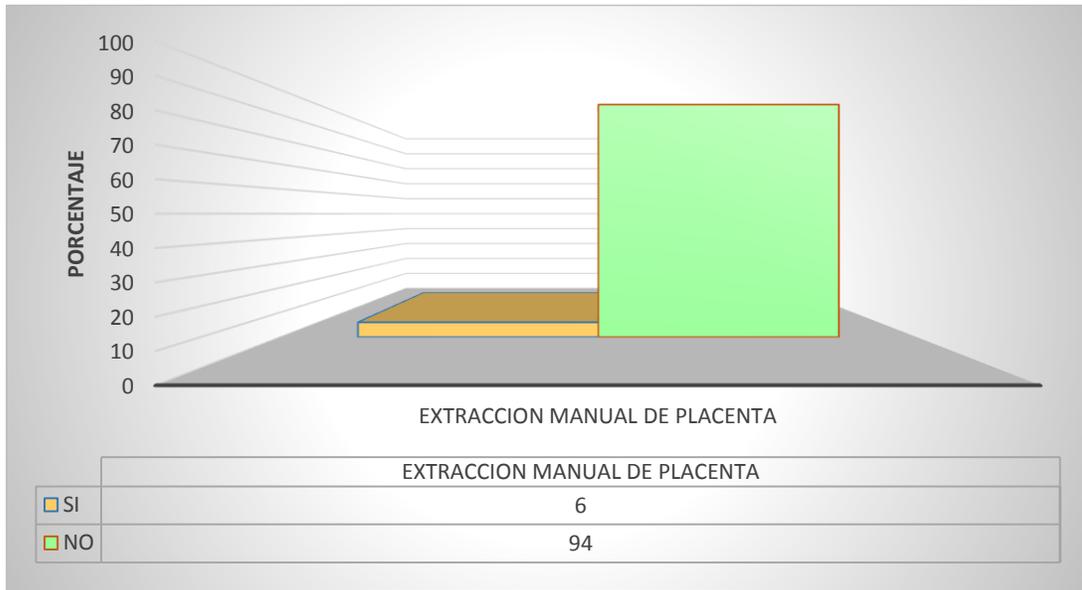
ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA NO. 4 (b)

GRAFICO NO. 25

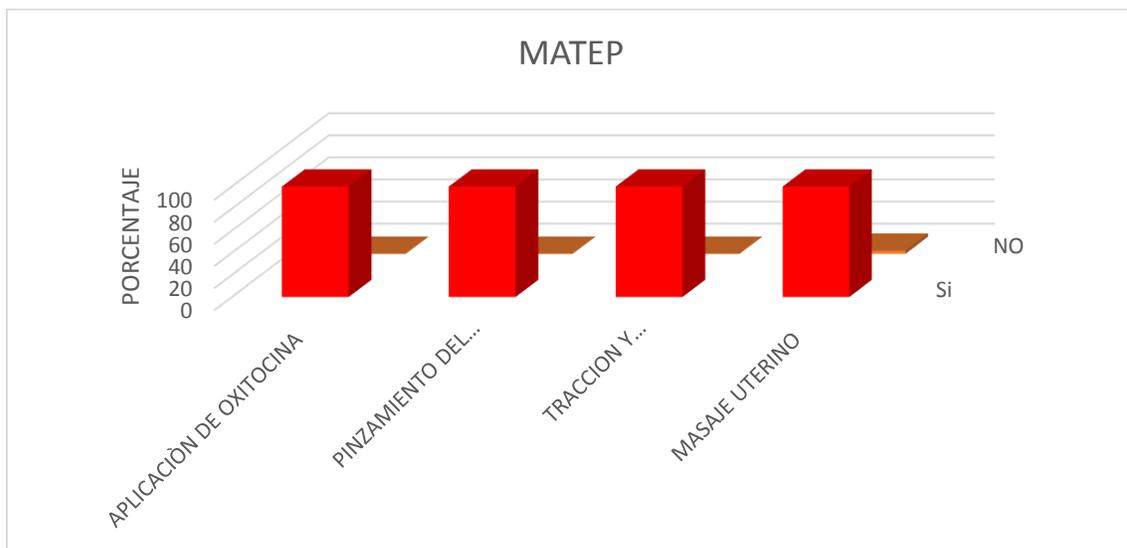
ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4 (c)

GRAFICO NO. 26

ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

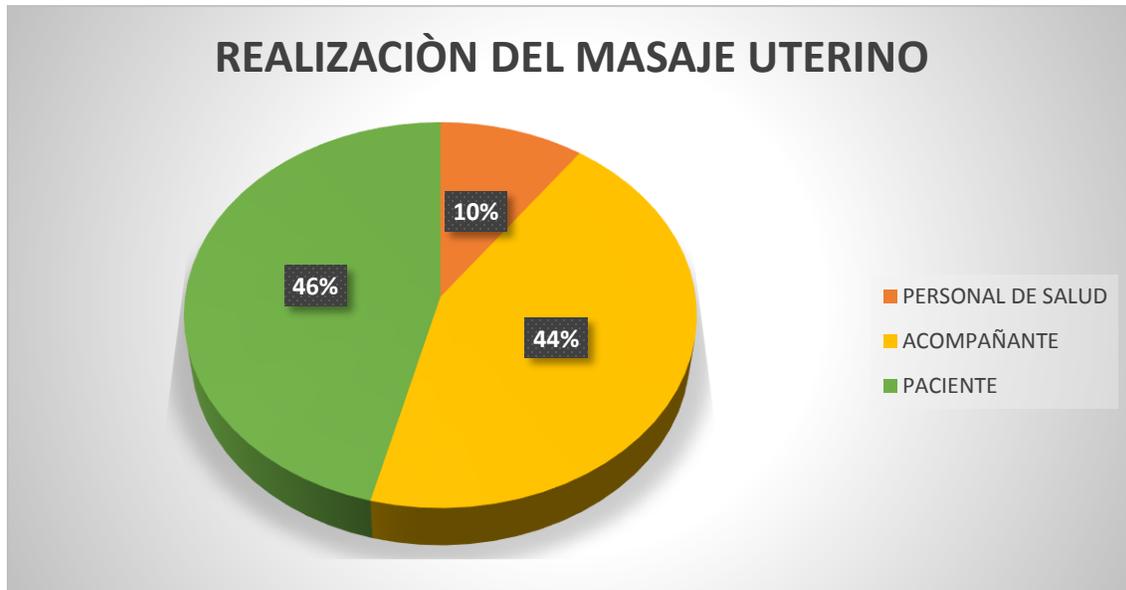


FUENTE: TABLA 4 (c)

GRAFICO NO. 27

ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO

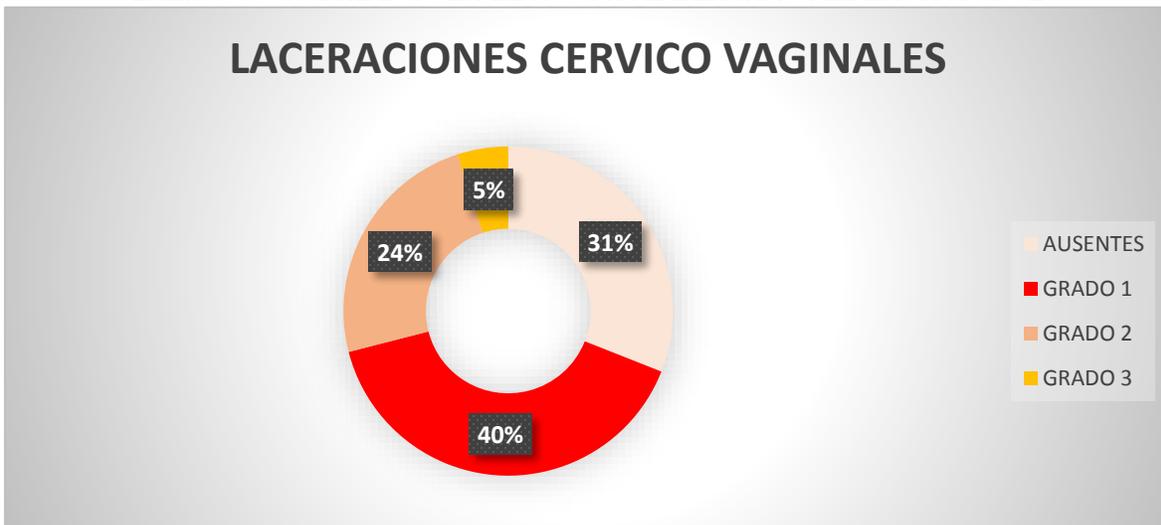
ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



FUENTE: TABLA 4 (c)

GRAFICO NO. 28

DATOS DEL PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

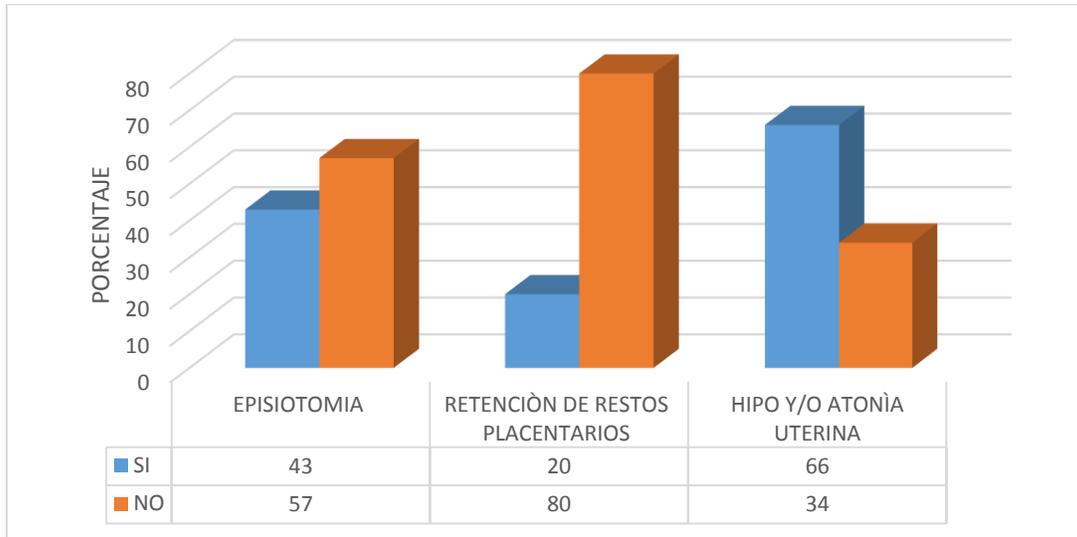


FUENTE: TABLA 5

GRAFICO NO. 29

DATOS DEL PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO

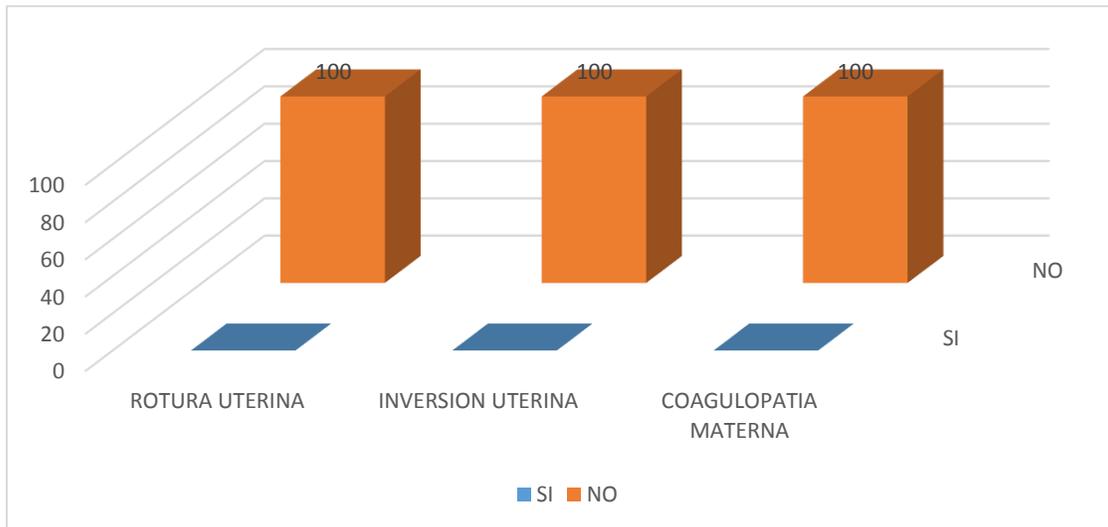
ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE



FUENTE: TABLA 5

GRAFICO NO. 30

DATOS DEL PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE



FUENTE: TABLA 5 (a)

GRAFICO NO. 31

DATOS DEL PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL PERIODO DE ENERO- OCTUBRE 2015 EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE



FUENTE: TABLA 5 (a)