

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Tesis para optar a título de médico y cirujano

**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ESCUELA SANTIAGO
DE JINOTEPE DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2016.**

Autor:

Br. Fatima Torres Luna

Tutor Científico: Dr. Hugo Espinoza

Gineco-obstetra

Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe

Asesora metodológica: Dra. Maryell Urroz

Catedrática del Departamento de Ciencias Fisiológicas

UNAN-Managua

Jinotepe-Carazo, 2017

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por haberme permitido llegar hasta este punto y darme fuerzas para lograr mis objetivos, para poder seguir adelante durante cada momento difícil que me toco vivir a lo largo de mi carrera.

A mis padres por motivarme a seguir adelante en cada día de mi vida, por su apoyo incondicional que me han brindado hasta culminar mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis tutores, Dr. Hugo Espinoza y Dra. Maryell Urroz por ser mis guías a lo largo de este proceso investigativo, por brindarme apoyo y parte de su tiempo para poder finalizar mi tesis para optar al título de médico y cirujano.

A la dirección del Hospital Regional Santiago de Jinotepe por permitirme el acceso a los expedientes y poder de esta manera recolectar la información para poder finalizar esta tesis.

RESUMEN

La hemorragia postparto es un factor significativo que contribuye a la morbi-mortalidad materna 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. El presente estudio tiene por objetivo describir el cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe durante el periodo julio a diciembre 2016. El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, con una muestra constituida por 39 pacientes encontrándose los siguientes resultados:

En las características sociodemográficas de las pacientes se obtuvo para la mayoría de las pacientes tenían edades entre 20-35 años, de procedencia rural, escolaridad secundaria incompleta, ocupación ama de casa, estado civil acompañadas. Los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes se encontró la mitad de las pacientes eran primigestas. Además, se habían realizado cuatro o más controles prenatales. A parte de ello, la edad gestacional que presentaban al momento del parto era, la tres cuartas partes de las pacientes era entre 37 a 41 semanas de gestación. En cuanto a la vía de finalización del parto fue con mayor frecuencia vía cesárea.

El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por atonía uterina se cumplió en casi la totalidad de las pacientes. El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por desgarros se cumplió en la totalidad de las pacientes. El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por retención placentaria se cumplió en la totalidad de las pacientes. El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por inversión uterina se cumplió en el 100% de las pacientes.

Contenido

1-	INTRODUCCION.....	2
2-	ANTECEDENTES.....	4
3-	JUSTIFICACION	7
4-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
5-	OBJETIVOS.....	9
5.1-	OBJETIVO GENERAL	9
5.2-	OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
6-	MARCO TEORICO	10
7-	DISEÑO METODOLOGICO.....	23
7.1-	TIPO DE ESTUDIO	23
7.2-	AREA Y PERIODO DE ESTUDIO.....	23
7.3-	POBLACION DE ESTUDIO.....	23
7.4-	CRITERIOS DE INCLUSION	23
7.5-	CRITERIOS DE EXCLUSION	23
7.6-	TIPO DE MUESTREO	23
7.7-	UNIDAD DE ANALISIS	23
7.8-	FUENTE DE INFORMACION	24
7.9-	TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	24
7.10-	ENUNCIADO DE VARIABLES	24
7.11-	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	26
7.12-	PLAN DE ANALISIS.....	31
7.13-	CONTROL DE SESGOS.....	31
7.14-	ASPECTOS ETICOS	31
8-	RESULTADOS.....	32
9-	DISCUSION DE RESULTADOS	36
10-	CONCLUSIONES.....	38
11-	RECOMENDACIONES.....	39
12-	BIBLIOGRAFÍA	40
13-	ANEXOS.....	41

1- INTRODUCCION

La hemorragia posparto es la pérdida sanguínea mayor a 500 ml o un descenso del 10% o más del hematocrito durante las primeras horas después del parto. Esta definición presenta algunos problemas que dependen de la condición hematológica y volumétrica de la cual se parte, por lo que se la redefine como cualquier pérdida hemática que no puede ser compensada fisiológicamente y que podría dar lugar a un daño hístico. (Rivero, 2010)

La hemorragia postparto es un factor significativo que contribuye a la morbi-mortalidad materna 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. (OPS, 2015)

La atonía uterina es la causa más común de HPP, el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP. La gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto.

En Nicaragua, de un total de 1,498 muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud (MINSAL) en el período 2000- 2014, el 34.4% (516 casos) fueron causada por hemorragias; de ellas el 62.4% (322 casos) durante la etapa postparto y 37.5% (194 casos) en el anteparto. Las hemorragias anteparto (HAP) se han reducido, mientras que las hemorragias postparto (HPP) se han incrementado. En promedio anual se registran un total de 22 muertes maternas por HPP.

En este sentido, es una de las complicaciones más graves del puerperio inmediato y origina buena parte de la morbimortalidad materna. Del total de fallecidas por HPP durante el periodo 2006-2012, el 85.4% residían en el área rural y 14.6% en el área urbana. La edad mediana de las fallecidas era de 30 años. Según grupo quinquenal de edad el 9.3% (30 casos) eran adolescentes, 38.2% (123 casos) tenían entre 20 a 29 años de edad, 41.3% (133 casos) 30 a 39 años y 11.18% (36 casos) 40 años a más. El 27% de las fallecidas ya tenían al menos un hijo y el 53% de 2 a más hijos. El 60% fallecieron en el domicilio, 26.0% en las unidades de salud pública, 4% en hospitales del sector privado y 10% en otros lugares (traslados, vía pública). Los 10 municipios que aportan

el 35.40% de las HPP son: Wiwilí, San José de Bocay, La Cruz de Río Grande, Siuna, Prinzapolka, Matiguas, Waslala, Puerto Cabezas, El Rama y Bluefields.

Dentro de las causas de esta hemorragia, encontramos: coagulación intravascular diseminada, atonía Uterina, hemorragia intraparto severo, sangrado transvaginal, shock hipovolémico. Otras identificadas son: embolia líquido amniótico, falla multiorgánica, shock hemorrágico, tromboembolismo pulmonar.

Durante la segunda mitad del siglo XX, un paquete de intervenciones realizado durante el alumbramiento se convirtió en la piedra angular de la prevención de la HPP. Este método pasó a ser conocido como “conducta activa en el alumbramiento” y consistía inicialmente de los siguientes componentes: La administración de un agente uterotónico profiláctico después del nacimiento de un neonato, el pinzamiento y el corte tempranos del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón umbilical. El masaje uterino también se incluye con frecuencia como parte de la conducta activa en el alumbramiento. A diferencia de la conducta activa, la conducta expectante implica esperar la aparición de signos de separación de la placenta y permite que la placenta sea expulsada en forma espontánea o con la ayuda de la estimulación de los pezones o la gravedad. En comparación con la conducta expectante, la conducta activa en el alumbramiento está asociada con una reducción considerable en la frecuencia de HPP. (OMS, 2014)

Por lo general, se supone que mediante la prevención y el tratamiento de la HPP, la mayoría de las muertes asociadas con la HPP podrían evitarse. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de la HPP son pasos vitales para mejorar la atención de la salud de las mujeres durante el parto y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para este fin, los trabajadores de la salud de los países en desarrollo deben tener acceso a los medicamentos apropiados y capacitarse en los procedimientos pertinentes para el tratamiento de la HPP. Los países también necesitan orientación basada en pruebas científicas para informar sus políticas de salud y mejorar los resultados.

En este sentido, el ministerio de salud establece un protocolo para la atención de hemorragia postparto inmediato, cuyo objetivo es establecer la atención que deberá brindarse a la mujer inmediatamente después del parto a fin de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna secundaria a la hemorragia. Esta norma pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en evidencias disponibles con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre diagnóstico y manejo oportuno. (MINSA, 2013)

2- ANTECEDENTES

Un estudio realizado por Geysell Alemán titulado *evaluación de la aplicación del protocolo de Hemorragia post parto del MINSA en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el período comprendido del 01 de Enero a Diciembre 2012*. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, con un universo y muestra comprendidos por 233 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión entre los cuales se encontraban, todas las pacientes que presentaron nacimientos por vía vaginal o por cesárea en el periodo en estudio y que se diagnosticaron como hemorragia post parto durante el puerperio y pacientes a las que no se les atendió su parto en la unidad de salud donde se está realizando el estudio pero que ingresaron al centro hospitalario con diagnóstico de hemorragia postparto. (Alemán, 2012)

Entre los resultados más relevantes se encontró que las mujeres más afectadas con hemorragia post parto fueron las de tres gestas a más, o más de tres partos previos sin antecedentes de hemorragia post parto en su mayoría, y la causa más frecuente en estas pacientes fue por alteración de tono uterino y por desgarros uterina, según el cumplimiento del manejo médico de la hemorragia post parto se utilizó en todas las pacientes el masaje uterino, en el uso de maniobras de salvamento. La más utilizada de las dos maniobras fue la de compresión de aorta abdominal, a aplicación de ergonovina fue mayor que la de oxitocina pero ambas aplicadas en correctas dosis y sobre la base de la normativa de hemorragia post parto.

Fue más frecuente la administración de líquidos cristaloides para mejorar hipovolemia y en menor porcentaje se transfundió paquete globular. En este estudio se concluye que el Hospital Bertha Calderón Roque aplica y cumple la normativa de complicaciones obstétricas sobre hemorragia postparto en un 92% de los expedientes clínicos.

Por otra parte, un estudio realizado por Ainara González con el título *Cumplimiento de la Norma para el Manejo de Hemorragia Post – Partos en Mujeres Atendidas del Servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Nieborowski, Boaco. Enero a diciembre 2014*. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra comprendida por 148 mujeres atendidas durante el periodo de estudio, con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. (González & Alvarez, 2014)

Entre sus resultados obtuvieron, el 58.1% de las mujeres que presentaron HPP tenían edades de 20 a 34 años. El 76.4% el evento de la HPP fue posterior a parto vaginal y el 23.6% fue por cesárea. Se encontró que les realizaron Kristeller en el expulsivo y al 40.5% el trabajo de parto duro 4 a 8hrs y el 34.5% el parto duro menos de 4hrs. Se encontró que el 82.4% el alumbramiento duro menos de 15 minutos. Las causa de HPP identificadas 56.8% ocurrieron por Atonía Uterina seguido de desgarro del cuello, vagina y periné. De las acciones realizadas para atender a las mujeres con HPP causada por atonía uterina que la presentaron 84 mujeres el 77.3% le realizaron masaje uterino y el 84.5% revisaron si la placentas y anexos estaban integras y se encontró que solo 9.5% no estaban integras pero al 73.8% le inició Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM).

El nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de HPP según causa se identificó que; en el desgarro del cuello uterino se cumplió más de 80% lo que se tenía que realizar en 84.2% de las mujeres con este padecimiento y al 73.8% de las mujeres con atonía uterina se les cumplió menos del 80.0%.

También, se realizó un estudio por Narciso Osorio titulado *calidad en el manejo de las pacientes con hemorragia post parto en el servicio de ginecobstetricia del Hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido de abril 2015 a septiembre 2015*. El tipo de estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con una muestra constituida por 57 pacientes, con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando como criterio de inclusión todas las pacientes que presentaron hemorragia post parto en el periodo de estudio que se atendió por parto vaginal o cesárea en el Hospital escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. (Osorio, 2015)

Entre los resultados se encontró que la principal causa de hemorragia post parto es la hipotonía uterina en un 91.2%; seguida de los desgarros del canal del parto en un 14%; la retención de placenta y restos placentarios en un 5.2%. En todos los casos de hipotonía y atonía uterina (100%) se utilizó la oxitocina en infusión intravenosa además de la aplicación del MATEP ya instaurado en todos los partos; así como el uso de ergonovina 49% y el misoprostol 8% en casos necesarios y el 3.5% de las pacientes requirió de histerectomía, por atonía uterina; hecho registrado por hallazgo transquirúrgico.

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

Por último, un estudio realizado por Pedro Aráuz titulado *Manejo de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2011*. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 126 pacientes y tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. (Aráuz, 2011)

Entre los resultados, se encontró que el total de las pacientes presentaron hemorragia postparto por atonía uterina, el grupo etario que predominó fue entre 15-19 años con un 42.9%, procedencia urbana con 62.3%, estado civil soltera 40.5%, escolaridad primaria 46%. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos un 46% de las pacientes eran bigestas, un 50% se habían realizado menos de 4 controles prenatales, 6.3% de las pacientes tuvieron antecedente de hemorragia postparto.

En relación al porcentaje de cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto y manejo médico de la hemorragia postparto, encontramos que 97.6% se aplicó correctamente el MATEP y en 2.4% no se cumplió. En el cumplimiento de manejo médico en pacientes con hemorragia postparto se constató que en 97.6% con manejo activo se usaron cristaloides y en 2.4% que no se realizó manejo activo se usaron cristaloides. En 74 58.7% de las pacientes que se les realizó manejo activo si se usó hemocomponentes y 2.4% no se realizó manejo activo, si usaron hemocomponentes, en 38.9% de las pacientes se realizó manejo activo y no se usó hemocomponentes.

El porcentaje de cumplimiento del protocolo de manejo de la hemorragia postparto es de un 97.6% en el estudio, según las listas de chequeo que se aplicó a los expedientes.

3- JUSTIFICACION

La hemorragia postparto inmediato constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en nuestro país, por tanto, es de vital importancia que el personal de salud realice un diagnóstico oportuno e identifique la causa una vez que se presenta esta complicación, asimismo, realizar un manejo adecuado con el fin de corregir dicho estado y poder evitar la mortalidad materna.

El ministerio de salud establece un protocolo el cual posee diversos parámetros para llevar a cabo al tratar a una paciente con hemorragia postparto según su causa, estos pasos contribuyen a optimizar el manejo de dicha complicación, por lo que resulta fundamental el apego total al protocolo.

En este sentido, el presente trabajo tiene por objetivo identificar el nivel de cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, de esta manera poder brindar datos que contribuyan a realizar mejoras en la atención y así contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materna.

4- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia postparto afecta aproximadamente el 2 % de las mujeres parturientas, está asociada a un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo y es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos.

Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son su principal causa. Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión. En las Américas, el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770,000 hemorragias, 170,000 hemorragias severas y 140,000 transfusiones de sangre.

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. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas.

Por todo lo anteriormente menciona, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe durante el periodo julio a diciembre 2016?

5- OBJETIVOS

5.1- OBJETIVO GENERAL

Describir el cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe durante el periodo julio a diciembre 2016.

5.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- 2- Describir los antecedentes gineco-obstetricos y antecedentes patológicos personales de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe.
- 3- Determinar los criterios diagnósticos según causa de hemorragia postparto de pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe.
- 4- Identificar las acciones inmediatas realizadas según su causa en hemorragia postparto realizado en las pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe.
- 5- Establecer el manejo farmacológico y no farmacológico según su causa en hemorragia postparto en las pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe.
- 6- Evaluar el cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto según su causa en pacientes atendidas en el hospital regional Escuela Santiago de Jinotepe.

6- MARCO TEORICO

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año. (MINSA, 2013)

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

La mayor parte de las muertes maternas atribuidas a esta complicación son evitables, dado que existen intervenciones médicas efectivas demostradas como son:

- La administración de oxitocina inmediatamente después del parto.
- La extracción manual de la placenta.
- Una intervención quirúrgica.
- Transfusión sanguínea entre otras.

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

La mayor parte de las muertes maternas ocurren dentro de las cuatro primeras horas posparto y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto. Es por eso que la proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, así como el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), y las acciones inmediatas cuando se presenta una hemorragia. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada.

❖ **Definición**

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

❖ **Etiología**

- Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:
 - Sobredistensión uterina.
 - Agotamiento de la musculatura uterina.
 - Infección, Corioamnioitis.
 - Anomalía uterina.
 - Fármacos útero-relajantes.
- Traumas (20%)
 - Laceración cérvico-vaginal.
 - Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
 - Ruptura uterina
 - Inversión uterina
- Retención de restos postparto (10 %):
 - Retención de restos (placenta, membranas).
 - Alumbramiento incompleto.
- Trombina (Alteraciones de la coagulación):
 - Alteraciones de la coagulación preexistentes.
 - Alteración adquirida durante la gestación.

❖ **Clasificación**

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

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en 4 T:

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

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

- Para que se presente alteraciones del tono uterino:
 - ✓ Polihidramnios.
 - ✓ Malformaciones fetales.
 - ✓ Hidrocefalia.
 - ✓ Parto prolongado o precipitado.
 - ✓ Multiparidad.
 - ✓ RPM prolongada.
 - ✓ Fiebre.
 - ✓ Miomas uterinos.
 - ✓ Placenta previa.
 - ✓ Betamiméticos, Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.

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

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

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

INDEPENDIENTEMENTE DE LOS FACTORES DE RIESGO, TODA MUJER ESTÁ EXPUESTA A PRESENTAR HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO Y POST PARTO.

❖ **Diagnostico**

➤ **Manifestaciones clínicas de la hemorragia postparto**

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 postparto 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	(20%) Causa: Traumática
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	(20%) Causa: Traumática
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo	Útero contraído	Retención de placenta	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	Hemorragia postparto inmediata Útero contraído	Retención de restos placentarios	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
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	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
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

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

- Durante la hemorragia postparto. Segundo nivel de atención
 - ✓ Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:
 - ✓ Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.
 - ✓ Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).

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

- El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre es:
 - ✓ Mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl.
 - ✓ Plaquetas mayores de 75,000.
 - ✓ TP y TPT menor de 1.5 del control.
 - ✓ Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.

❖ **Manejo según causa**

➤ Atonía uterina

- ✓ Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 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 continuo agregar Misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.

- ✓ Masaje uterino continuo.

- ✓ Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.

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

➤ Desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical.

- ✓ Sutura de los mismos de ser identificados

➤ Ruptura uterina

- ✓ Realice laparotomía exploradora.

- ✓ Suturar el útero de ser bien identificable los bordes.

- ✓ Si no son identificables los bordes realice histerectomía

➤ **Retención parcial de placenta (alumbramiento incompleto):**

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

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

Una vez extraída o expulsada la placenta:

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

✓ Brindar consejería a la paciente sobre el uso de un método anticonceptivo.

- Hemorragia Tardía post-parto:

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

- Trastornos de 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 hemorragia postparto**

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventaja de la técnica	Comentarios
Ligadura de las arterias uterinas unilaterales o bilaterales	Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida	Poco realizada	Eficacia: 35% (unilateral) 75% (bilateral)
Ligadura de ligamento Útero-ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventaja de la técnica	Comentarios
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	Poco realizada Más difícil de realizar Requiere mayor tiempo Mayor riesgo de complicaciones (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter)	Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la arteria ilíaca.
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero.
Histerectomía subtotal	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales.
Histerectomía total	Muy conocida	No conserva la fertilidad Más difícil que la anterior	Puede ser la mejor opción para los casos de Acretismo placentario o desgarros altos del cérvix

❖ **Complicaciones**

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

❖ **Criterios de traslado**

- ✓ Carencia de recursos humanos calificados.
- ✓ Carencia de equipo e insumos médicos para la atención.
- ✓ Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.

- ✓ Complicaciones que no pueden ser tratadas con los insumos médicos y recursos humanos del área de salud donde se está atendiendo.

❖ **Criterios de alta**

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

❖ **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.

7- DISEÑO METODOLÓGICO

7.1- TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

7.2- ÁREA Y PERÍODO DE ESTUDIO

Se realizó en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante enero a diciembre del año 2016.

7.3- POBLACIÓN DE ESTUDIO

Universo: El universo estuvo constituido por un total de 39 pacientes embarazadas que presentaron hemorragias postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe.

Muestra: se estudió el total del universo, comprendido por 39 pacientes.

7.4- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que presentaron partos vía vaginal o cesárea atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, Carazo.
2. Pacientes gestantes con diagnóstico de hemorragia postparto inmediato.
3. Pacientes atendidas en el periodo de enero a diciembre del 2016
4. Pacientes con expediente completo.

7.5- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que presentaron partos que no fueron atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe.
2. Pacientes embarazadas que tengan diagnóstico de hemorragia postparto mediato.
3. Pacientes atendidas fuera del periodo de estudio.
4. Pacientes con expediente incompleto.

7.6- TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia

7.7- UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes embarazadas atendidas en el hospital regional escuela Santiago de Jinotepe con diagnóstico de hemorragia postparto inmediato.

7.8- FUENTE DE INFORMACION

La fuente de información fue secundaria, a través de la revisión de expedientes.

7.9- TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se realizó una revisión documental de los expedientes de las pacientes muestreadas. Inicialmente se identificaron todas las embarazadas atendidas en el hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe y luego se seleccionaron aquellas pacientes que tuvieron hemorragia postparto inmediato durante el periodo de estudio, posteriormente el investigador llenó la ficha de recolección de datos (Ver anexo Ficha de recolección de información).

7.10- ENUNCIADO DE VARIABLES

➤ Objetivo número 1:

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil

➤ Objetivo número 2:

- Gestas
- Partos vaginales
- Abortos
- Cesáreas
- Intervalo intergenésico
- Controles prenatales
- Edad gestacional
- Vía de finalización del embarazo
- enfermedades crónicas maternas

➤ Objetivo número 3:

-Criterios diagnósticos

➤ Objetivo número 4:

-Acciones inmediatas

➤ Objetivo número 5:

-Tratamiento farmacológico

-Maniobras

➤ Objetivo número 6:

-Cumplimiento del protocolo.

7.11- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO NUMERO UNO			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años	Cantidad de años
Procedencia	Origen de la persona.		-urbano -rural
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Años de estudio	-analfabeto -primaria -secundaria -bachiller -técnico superior -universitario
Ocupación	Actividad habitual de una persona o trabajo.		-ama de casa -trabajadora domestica -comerciante -secretaria -otros:_____
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.		-Soltera -Acompañada -casada -divorciada -viuda

OBJETIVO NUMERO DOS			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Gestas	Número de embarazos que presenta la mujer a lo largo de su vida incluyendo el actual.	Número de embarazos	-Primigesta -bigesta -trigesta -multigesta
Partos vaginales	El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.	Número de partos	-nulípara -uno -dos -tres o mas
Abortos previos	Es todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación	número de abortos	-uno -dos -tres o mas -ninguno

OBJETIVO NUMERO DOS			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Cesáreas previas	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.	Número de cesáreas	-uno -dos -tres o mas -ninguno
Intervalo intergenésico	Duración en meses entre el anterior embarazo y el actual.	Años	-menos de dos años -dos a cinco años -más de 5 años -no aplica
Controles prenatales	Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido-a.	Número de controles	-menos de cuatro -más de cuatro
Edad gestacional	Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.	Numero de semanas	-menor de 37 SG -entre 37-41 SG -mayor a 42SG
Vía de finalización del parto	Vía por la cual se produce el nacimiento del bebe.		-Vaginal -Cesárea

Enfermedades crónicas maternas	Enfermedades no transmisibles, afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.		-HTA -DM -otras -Ninguna
---------------------------------------	--	--	-----------------------------------

OBJETIVO NUMERO TRES			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Criterios diagnósticos	Criterios utilizados para identificar la causa de hemorragia postparto inmediato.		-atonía uterina -desgarros -retención de placenta -retención de fragmentos placentarios -inversión uterina -ruptura uterina

OBJETIVO NUMERO CUATRO			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Acciones inmediatas	Medidas realizadas de manera inmediata para tratar la hemorragia postparto.		-acción inmediata en atonía uterina -acción inmediata en desgarros -acción inmediata en retención de placenta -acción inmediata en retención de fragmentos placentarios -acción inmediata en inversión uterina -acción inmediata en ruptura uterina

OBJETIVO NUMERO CINCO			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Tratamiento farmacológico	Tratamiento empleado en hemorragia postparto según la causa.		-Líquidos IV -Oxitocina -Morfina Antibioticoterapia
Maniobras	Maniobras realizadas para salvar la vida materna según la causa de hemorragia postparto.		-Compresión bimanual -Compresión de la aorta abdominal -Maniobra de Credé -Referencia a nivel de mayor resolución.

7.12- PLAN DE ANALISIS

Se utilizó el software SPSS versión 22.0 para el análisis descriptivo de variables. Para variables cuantitativas como edad se calculó media, moda, mediana.

7.13- CONTROL DE SESGOS

Se debe perseguir que el estudio sea preciso y válido.

Precisión: Carencia de error aleatorio y se corresponde con la reducción del error debido al azar. Para reducir este error el elemento más importante del que disponemos es incrementar el tamaño de la muestra y con ello aumentamos la precisión.

En el presente estudio se estudió como muestra al total del universo, por tanto es un estudio preciso.

Validez: Carencia del error sistemático. Tiene dos componentes:

Validez externa o generalización: Se aplica a individuos que están fuera de la población del estudio.

Validez interna: Validez de las inferencias a los sujetos reales del estudio. La validez interna es por tanto un prerrequisito para que pueda darse la externa.

7.14- ASPECTOS ETICOS

Se solicitó autorización al director del hospital para tener acceso a los expedientes y de otras estadísticas. Además, se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información.

Justicia: Se tomaron en cuenta a todas las pacientes que presentaron hemorragia postparto inmediato sin distinción de sexo, raza, religión, entre otros.

Beneficencia: con la investigación que se realizó, no se dañara la integridad física, ni emocional de los individuos en estudio y los datos obtenidos serán para beneficio científico y de la salud de la población.

Protección de la confidencialidad: no fue necesario el nombre de ningún individuo, y se asegurara proteger su identidad.

8- RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 39 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

En lo que respecta a las características sociodemográficas de las pacientes se obtuvo para la edad que un 41% (16) menores de 20 años, un 48.7% (19) entre 20-35 años y un 10.3% (4) mayor de 35 años, una media de 24 años, mediana 23 años y moda de 16 años. La procedencia de las pacientes fue de un 33.3% (13) urbano y 66.7% (26) rural. La escolaridad fue analfabeto 7.7% (3), 17.9% (7) habían cursado la primaria, 61.5% (24) secundaria incompleta, secundaria completa o bachiller con un 7.7% (3), técnico superior 2.6% (1) y un 2.6% (1) universitario. Entre la ocupación que tenían las pacientes se encontró que un 82.1% (32) eran ama de casa y 17.9% (7) tenían otra ocupación como estudiante. El estado civil de las pacientes era un 12.8% (5) estaban solteras, un 69.2% (27) acompañadas y un 17.9% (7) casadas. (Ver tabla y gráfico 1, 2, 3,4 y 5)

En cuanto a los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes se encontraron los siguientes datos, en cuanto a las gestas un 51.3% (20) de las pacientes eran primigestas, 17.9% (7) bigesta, 20.5% (8) trigesta y 10.3% (4) de las pacientes era multigesta. En cuanto a los partos vaginales, se obtuvo que un 59% (23) eran nulípara, 17.9% (7) ya habían tenido un parto vía vaginal, 12.8% (5) habían tenido dos partos anteriores vía vaginal y por ultimo un 10.3% (4) habían presentado tres o más partos vía vaginal. Por otra parte, un 7.7% (3) de las pacientes había tenido un aborto y un 92.3% (36) nunca habían tenido un aborto anterior. Además, un 7.7% (3) de las pacientes había tenido una cesárea anterior, 7.7% (3) dos cesáreas anteriores y un 84.6% (33) nunca había tenido una cesárea En cuanto al intervalo intergenésico de las pacientes, un 10.3% (4) tenían un periodo intergenésico menor de dos años, 33.3% (13) dos a cinco años, 7.7% (3) mayor de cinco años y por ultimo un 48.7% (19) de las pacientes no aplicaba ya que cursaban con su primer embarazo. (Ver tablas y gráficos 6, 7,8 ,9 y 10)

Además, un 33.3% (13) de las pacientes se habían realizado menos de cuatro controles prenatales y un 66.7% (26) se habían realizado cuatro o más controles prenatales. A parte de ello, la edad gestacional que presentaban al momento del parto era, un 25.6% (10) menor de 37 semanas de gestación, 71.8% (28) se encontraban entre 37 a 41 semanas de gestación y un 2.6% (6) eran mayor

de 42 semanas de gestación. En cuanto a la vía de finalización del parto fue vaginal en un 38.5% (15) y 61.5% (24) fue vía cesárea. (Ver tabla y gráficos 11,12 y 13)

De la misma manera, se valoraron los antecedentes patológicos personales en donde se obtuvo que un 5.1% (2) presentaban diabetes mellitus, un 2.6% (1) presentaban otras enfermedades como discapacidad intelectual y un 92.3% (36) de las pacientes no presentaban ninguna enfermedad crónica no transmisible. (Ver tabla y gráfico 14)

A parte de ellos, entre las causas de hemorragia postparto inmediato se encontró que un 74.4% (29) fue por atonía uterina, 17.9% (7) desgarro de vagina, periné y cuello, 2.6% (1) retención placentaria y 5.1% (2) inversión uterina. (Ver tabla y gráfico 15)

Se valoró el cumplimiento de protocolo de hemorragia postparto según su caso, encontrando los siguientes resultados:

Primero, en las acciones inmediatas de atonía uterina, la realización de masaje uterina se cumplió en un 96.6% (28) y no se cumplió en un 3.4% (1). También, verificó si placenta estaba integra se cumplió en un 89.7% (26) y no se cumplió en un 10.3% (3). Si la placenta no estaba integra, extrajo el tejido placentario residual se cumplió en un 27.6% (8), no se cumplió en un 10.3% (3) y no aplicaba en un 62.1% (18) ya que corresponde a los pacientes que no tenían tejido placentario residual. (Ver tabla y gráfico 16)

Continuando con el uso de oxitócicos, el inicio de oxitocina IV 20 UI en 1 litro de SSN o Ringer a 60 gotas por minutos, ergometrina contraindicada en hipertensión, si se requiere aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión, se cumplió en un 96.6% (28) y no se cumplió en un 3.4% (1). Continuo oxitocina IV 20 UI en 1 litro de SSN o Ringer 20 a 40 gotas por minuto, se cumplió en un 96.6% (28) y no se cumplió en un 3.4% (1). Si se requirió transfusión, se realizó la misma se cumplió en un 55.2% (16) y no aplicaba en un 44.8% (13) esto corresponde a las pacientes que no requirieron transfusión. (Ver tabla y gráfico 17)

En lo que respecta a las maniobras, si el sangrado continuó realizó compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal se cumplió en un 3.4% (1), no se cumplió en un 6.9% (2) y no aplicaba en un 89.7% (26). Mantuvo la compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal hasta controlar el sangrado y que el útero se contrajera se cumplió en un 3.4% (1), no se cumplió en un 6.9% (2) y no aplicaba en un 89.7% (26). En caso de cirugía o traslado a otra

unidad de salud mantuvo la compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital si se cumplió en un 6.9% (2) y no aplica en un 93.1% (27) de los pacientes. Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución no aplicaba en un 100% (29) (Ver tabla y gráfico 18)

El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por atonía uterina se cumplió en un 82.8% (24) y no se cumplió en un 17.2% (5). (Ver tabla y gráfico 19)

Segundo, en lo que respecta al diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se arrojaron los siguientes datos, sospechó desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal se cumplió en un 100% (1) de las pacientes. Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné se cumplió en un 100% (1). (Ver tabla y gráfico 20)

En cuanto a las acciones inmediatas, reparó los desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné se cumplió en un 100% (1), si el sangrado continuó realizó la prueba de coagulación junto a la cama si se cumplió en un 14.3% (1) y 85.7% (6) no aplicaba. Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución no aplicaba en un 100% (7) de las pacientes. (Ver tabla y gráfico 21)

El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por desgarros se cumplió en un 100% (29) de las pacientes. (Ver tabla y gráfico 22)

Tercero, en el diagnóstico de retención placentaria, se basó en que la placenta no se expulsó después de 15 minutos con manejo activo o 30 minutos con manejo expectante se cumplió en un 100% (1). (Ver tabla y gráfico 23)

En lo que corresponde a las acciones inmediatas, si la placenta estaba a la vista le pidió que pujara se cumplió en un 100% (1), si palpó la placenta en vagina la extrajo se cumplió en un 100% (1), aseguró vejiga vacía se cumplió en un 100% (1). (Ver tabla y gráfico 24)

Si la retención placentaria fue con manejo expectante, aplicó manejo activo del tercer periodo del parto, no aplicaba en un 100% (1) de las pacientes, ya que a todas las pacientes se les realizó manejo activo del tercer periodo del parto. (Ver tabla y gráfico 25)

Si la retención placentaria fue con manejo activo, si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó maniobra de Credé se cumplió en el 100% (1) de las pacientes, si la

maniobra de Credé no dio resultado realizó extracción manual de placenta se cumplió en el 100% (1), si la extracción manual de la placenta no fue posible, registró la posibilidad de acretismo placentario se cumplió en el 100% (1). Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución no aplicó en un 100% (1). (Ver tabla y gráfico 26)

El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por retención placentaria se cumplió en un 100% (1) de las pacientes. (Ver tabla y gráfico 27)

Cuarto, en lo que atañe a hemorragia postparto inmediato por inversión uterina. Corrigió la inversión uterina de inmediato se cumplió en un 100% (2), no aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión se cumplió en un 100% (2), si la mujer tenía dolor severo aplicó morfina 0.1 mg/kg peso IM no aplica en un 100% (2), si el sangrado continuó realizo prueba de coagulación junto a la cama no aplicó en el 100% (2). Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión se cumplió en el 100% (2) de las pacientes. Si había signos de infección aplicó antibióticos como para una metritis no aplicaba en el 100% (2), si sospechó necrosis indicó o refirió para histerectomía vaginal no aplicaba en el 100% (2). Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución no aplicaba en el 100% (2). (Ver tabla y gráfico 28)

El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por inversión uterina se cumplió en un 100% (2) de las pacientes. (Ver tabla y gráfico 29)

En la presente investigación no se identificaron casos de hemorragia postparto inmediato por retención de fragmentos placentarios ni ruptura uterina registrados durante el periodo de estudio.

9- DISCUSION DE RESULTADOS

Entre los resultados predominantes del presente estudio se obtuvo, en lo que respecta a las características sociodemográficas de las pacientes la edad fue de un 48.7% (19) entre 20-35 años, procedencia 66.7% (26) rural, escolaridad 61.5% (24) secundaria incompleta, ocupación que se encontró que un 82.1% (32) eran ama de casa, estado civil un 69.2% (27) acompañadas. Los datos encontrados contrastan con los del estudio realizado por Pedro Arauz en el Hospital Bertha Calderón Roque, en donde se obtuvo que el grupo etario que predominó fue entre 15-19 años con un 42.9%, procedencia urbana con 62.3%, estado civil soltera 40.5%, escolaridad primaria 46%.

En lo que respecta a los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes se encontró que un 51.3% (20) de las pacientes eran primigestas, también un 66.7% (26) se habían realizado cuatro o más controles prenatales. A parte de ello, la edad gestacional que presentaban al momento del parto era de 71.8% (28) se encontraban entre 37 a 41 semanas de gestación. Esto contrasta con el estudio realizado por Pedro Arauz en donde encontró que la mayoría de las pacientes eran bigestas y un 50% se habían realizado menos de 4 controles prenatales.

Por otra parte, la vía de finalización del parto fue principalmente fue vía cesárea con un 61.5% (24). Esto no concuerda con los resultados del estudio realizado por Ainara González en el Hospital José Nieborowski, Boaco en donde encontró que el 76.4% el evento de la HPP fue posterior a parto vaginal.

Entre las causas de hemorragia postparto inmediato se encontró que un 74.4% (29) fue por atonía uterina, 17.9% (7) desgarro de vagina, periné y cuello, 2.6% (1) retención placentaria y 5.1% (2) inversión uterina. Estos datos coinciden con el estudio realizado por Geysell Alemán en el Hospital Bertha Calderón Roque en donde encontró que las principales causas de hemorragia postparto fueron por alteración del tono uterino seguido de desgarros. También, se asemeja al estudio realizado por Narciso Osorio en el Hospital Alejandro Dávila Bolaños, entre los resultados se encontró que la principal causa de hemorragia post parto es la hipotonía uterina en un 91.2%; seguida de los desgarros del canal del parto en un 14%; la retención de placenta y restos placentarios en un 5.2%.

En las acciones inmediatas establecidas en el protocolo ante una atonía uterina, la realización de masaje uterina se cumplió en un 96.6% (28), verificó si placenta estaba integra se cumplió en un 89.7% (26), si la placenta no estaba integra, extrajo el tejido placentario residual se cumplió en un 27.6% (8).

En lo que respecta al uso de oxitócicos, el inicio de oxitocina IV 20 UI en 1 litro de SSN o Ringer a 60 gotas por minutos, ergometrina contraindicada en hipertensión, si se requiere aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión, se cumplió en un 96.6% (28), continuo oxitocina IV 20 UI en 1 litro de SSN o Ringer 20 a 40 gotas por minuto, se cumplió en un 96.6% y si se requirió transfusión, se realizó la misma se cumplió en un 55.2% (16). Al comparar estos datos con el estudio realizado por Ainara González, se obtuvo un mayor nivel de cumplimiento en la presente investigación, ya que en el estudio de González refleja que de las acciones realizadas para atender a las mujeres con HPP causada por atonía uterina que la presentaron 84 mujeres el 77.3% le realizaron masaje uterino y el 84.5% revisaron si la placentas y anexos estaban integras y se encontró que solo 9.5% no estaban integras pero al 73.8% le inició Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN ó Ringer a 60 gotas por minuto.

El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por atonía uterina se cumplió en un 82.8% (24) dato superior al obtenido por Ainara González en donde refleja un nivel de cumplimiento de menos del 80%. Sin embargo, al comparar con estudio realizado por Narciso Osorio, se obtiene un nivel menor de cumplimiento ya que en la investigación realizada por Osorio se encuentra que el 95.5% cumplió de acuerdo a la norma establecida.

En lo que respecta al diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se encontró los estándares diagnósticos establecidos en protocolo se cumplió en un 100% (1). En cuanto a las acciones inmediatas, se cumplió en un 100% (1), obteniendo un nivel de cumplimiento del 100% (29) de las pacientes. Este dato es superior al encontrado en el estudio realizado por Ainara González en donde encontró que el nivel de cumplimiento de la norma en el desgarro del cuello uterino en el Hospital José Nieborowski se cumplió más de 80%.

10- CONCLUSIONES

- 1- En las características sociodemográficas de las pacientes se obtuvo para la mayoría de las pacientes tenían edades entre 20-35 años, de procedencia rural, escolaridad secundaria incompleta, ocupación ama de casa, estado civil acompañadas.
- 2- En los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes se encontró la mitad de las pacientes eran primigestas. Además, se habían realizado cuatro o más controles prenatales. A parte de ello, la edad gestacional que presentaban al momento del parto era, la tres cuartas partes de las pacientes era entre 37 a 41 semanas de gestación. En cuanto a la vía de finalización del parto fue con mayor frecuencia vía cesárea.
En lo que respecta a los antecedentes patológicos personales casi la totalidad de las pacientes no presentaban ninguna enfermedad crónica no transmisible, entre las que si presentaron destaco diabetes mellitus tipo 2 y discapacidad intelectual.
- 3- El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por atonía uterina se cumplió en casi la totalidad de las pacientes.
- 4- El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por desgarros se cumplió en la totalidad de las pacientes.
- 5- El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por retención placentaria se cumplió en la totalidad de las pacientes.
- 6- El nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por inversión uterina se cumplió en el 100% de las pacientes.

11- RECOMENDACIONES

1- Al director del Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe

Promover revisiones periódicas sobre el cumplimiento de protocolo de hemorragia postparto inmediato, con el fin contrastar con investigaciones realizadas como la presente y evaluar si se ha mantenido con el buen cumplimiento del mismo y en que indicadores aún falta mejorar.

2- Al personal de salud

Continuar con el apego a lo establecido en el protocolo en cada una de las causas desencadenantes de hemorragia postparto inmediato para mantener el buen nivel de cumplimiento que se observa reflejado en la presente investigación.

3- A los médicos interno y médicos en servicio social

Realizar detección y referencia oportuna de toda paciente con factor de riesgo para hemorragia postparto con el fin de evitar esta complicación y repercusiones en la paciente.

12- BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, G. (2012). *Evaluación de la aplicación del protocolo de hemorragia postparto en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo comprendido de 1 de enero 2008 a 31 diciembre 2012*. Managua : UNAN.
- Aráuz, P. (2011). *Manejo de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque 1 de julio al 31 de diciembre del 2011*. Managua : UNAN.
- González, A., & Alvarez, S. (2014). *Cumplimiento de la norma para hemorragia postparto en mujeres atendidas en el servicio de ginecoostetricia del Hospital José Nieborowski, Boaco, enero a diciembre 2014*. Managua : UNAN.
- MINSA. (2013). *Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas* . Managua: MINSA.
- OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto*. Suiza: OMS.
- OPS. (2015). *Hemorragia postparto*. Américas: OMS.
- Osorio, N. (2015). *Calidad en el manejo de las pacientes con hemorragia postparto en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido de abril a septiembre 2015*. Managua : UNAN.
- Rivero, M. (2010). *Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento*. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste.

13- ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DE 2016.

Ficha número: _____ Expediente: _____

1- Características sociodemográficas:

- Edad _____

- Procedencia:

- Urbana _____
- Rural _____

- Escolaridad:

- Analfabeto _____
- Primaria _____
- Secundaria _____
- Bachiller _____
- Técnico superior _____
- Universitario _____

- Ocupación:

- Ama de casa _____
- Trabajadora domestica _____
- Comerciante _____
- Secretaria _____
- Otros: _____ (especifique)

- Estado Civil:

- Soltera _____
- Acompañada _____
- Casada _____
- Divorciada _____
- Viuda _____

2- Antecedentes gineco-obstetricos:

- Gestas:

- Primigesta _____
- Bigesta _____
- Trigesta _____
- Multigesta _____

- Partos Vaginales:

- Nulípara _____
- Uno _____
- Dos _____

- Tres o mas _____

- Abortos:

- Uno _____
- Dos _____
- Tres o mas _____
- Ninguno _____

- Cesáreas:

- Uno _____
- Dos _____
- Tres o mas _____
- Ninguno _____

- Intervalo Intergenésico:

- Menos de dos años _____
- Dos a cinco años _____
- Más de 5 años _____
- No aplica _____

- Controles Prenatales:

- Menos de cuatro _____
- Más de cuatro _____

- Edad Gestacional:

- Menor de 37 SG _____
- Entre 37-41 SG _____
- Mayor a 42SG _____

- Vía de nacimiento:

- Vaginal _____
- Cesárea _____

3- Enfermedades Crónicas Maternas:

- HTA _____
- DM _____
- Otras: _____ (especifique)
- Ninguna _____

Ministerio de Salud
Dirección de extensión y Calidad de la Atención

-Porcentaje de usuarias con Complicaciones Obstétricas que recibieron tratamiento de acuerdo a Protocolos del MINSA.

Basado en el Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA, abril 2013. Págs. 161

Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de **Hemorragia Postparto Inmediato**. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple **1** entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente →							
ATONIA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
Acciones Inmediatas:							
1	-Realizó masaje uterino						
2	-Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra.						
3	-Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.						
Usó de oxitócicos juntos o en secuencia:							
4	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 80 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.						
5	-Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).						
6	-Si se requirió transfusión, se realizó la misma.						
Maniobras (Que salvan vidas):							
7	-Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.						
8	-Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.						
9	-En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.						
10	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
Número de Expediente →							
DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se basó en:							
1	-Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.						
2	-Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.						
Acciones Inmediatas:							
3	-Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.						
4	-Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							

RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:							
1	-La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante						
Acciones Inmediatas:							
3	-Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.						
4	-Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.						
5	-Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical)..						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:							
6	-Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min)..						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo:							
7	-Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé)..						
8	-Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.						
9	-Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.						
10	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
Número de Expediente→							
RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	-Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.						
2	-Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.						
3	-Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.						
4	-Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							

Número de Expediente→							
INVERSIÓN UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	-Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).						
2	-NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.						
3	-Si la mujer tenía dolor severo, aplicó ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.						
4	-Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV o Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.						
6	-Si había signos de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.						
7	-Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.						
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
Número de Expediente→							
RUPTURA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	-Repuso el volumen de sangre infundiéndolo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.						
2	-Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata para extraer bebé y placenta.						
4	-Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.						
5	-Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.						
7	-Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).						
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							

Tabla número 1.1: Edad de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EDAD DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 Años	16	41.0%
Entre 20 y 35 Años	19	48.7%
Mayor de 35 Años	4	10.3%
Total	39	100.0%

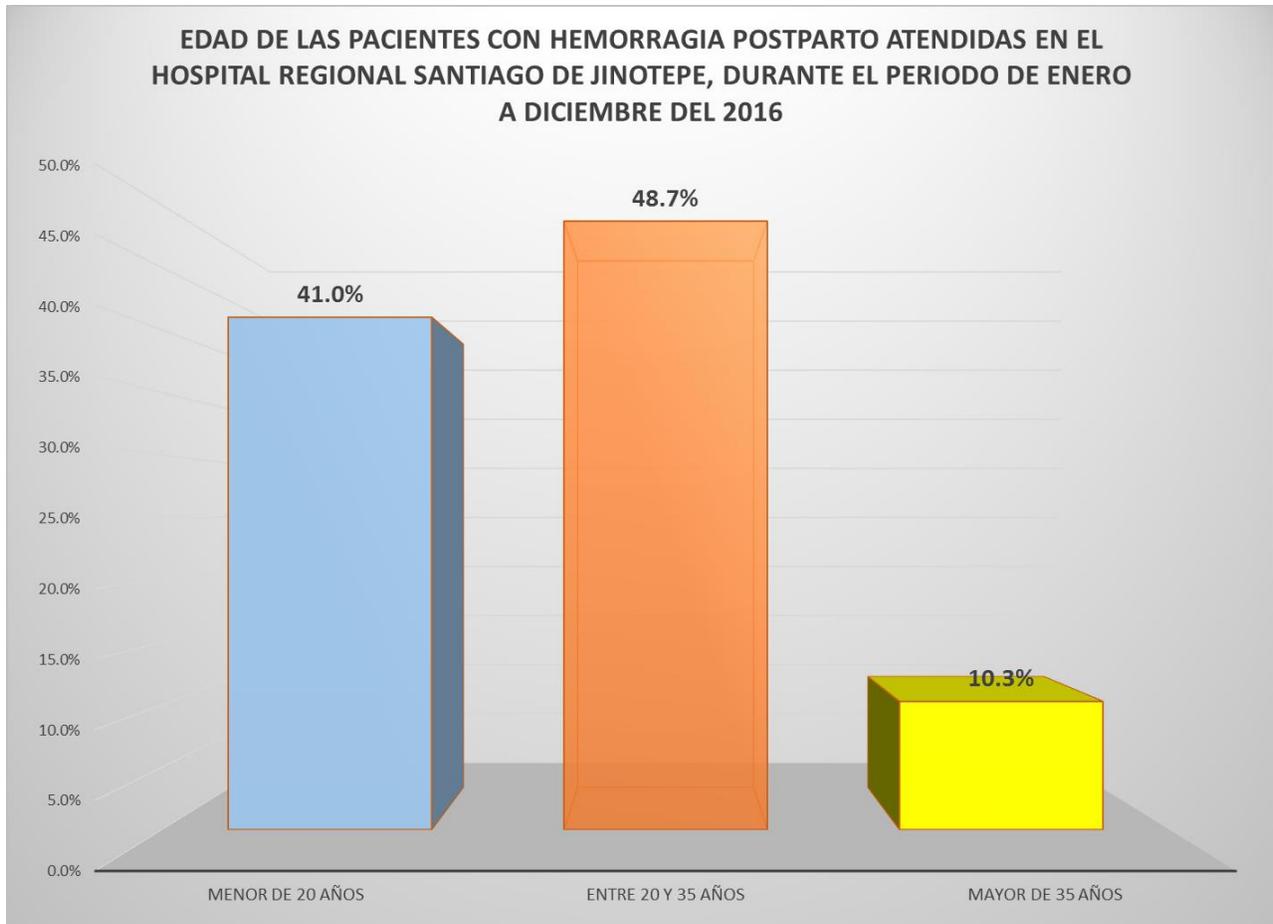
Fuente: ficha de recolección de la información

Tabla número 1.2: Edad de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EDAD DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Valores
Media	24
Mediana	23
Moda	16

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico 1: Edad de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



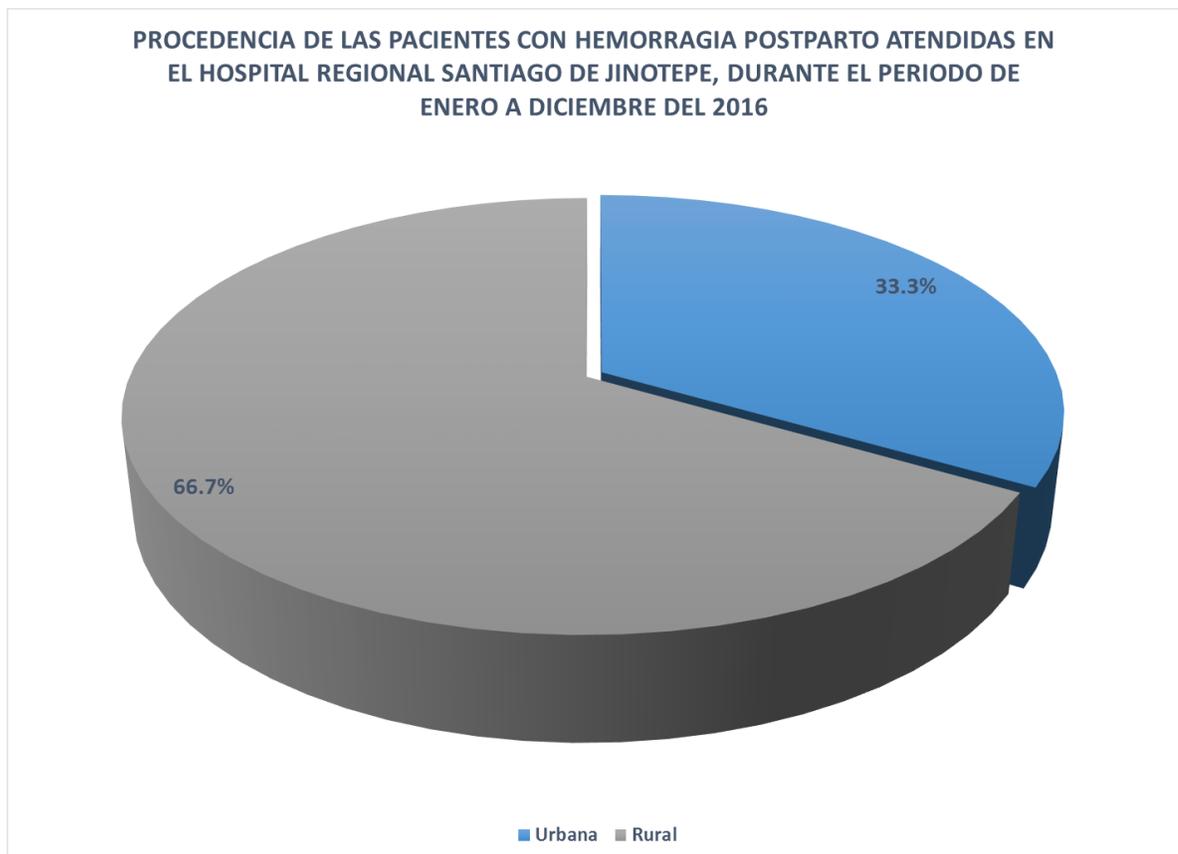
Fuente: tabla número 1

Tabla número 2: Procedencia de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	13	33.3%
Rural	26	66.7%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 2: Procedencia de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



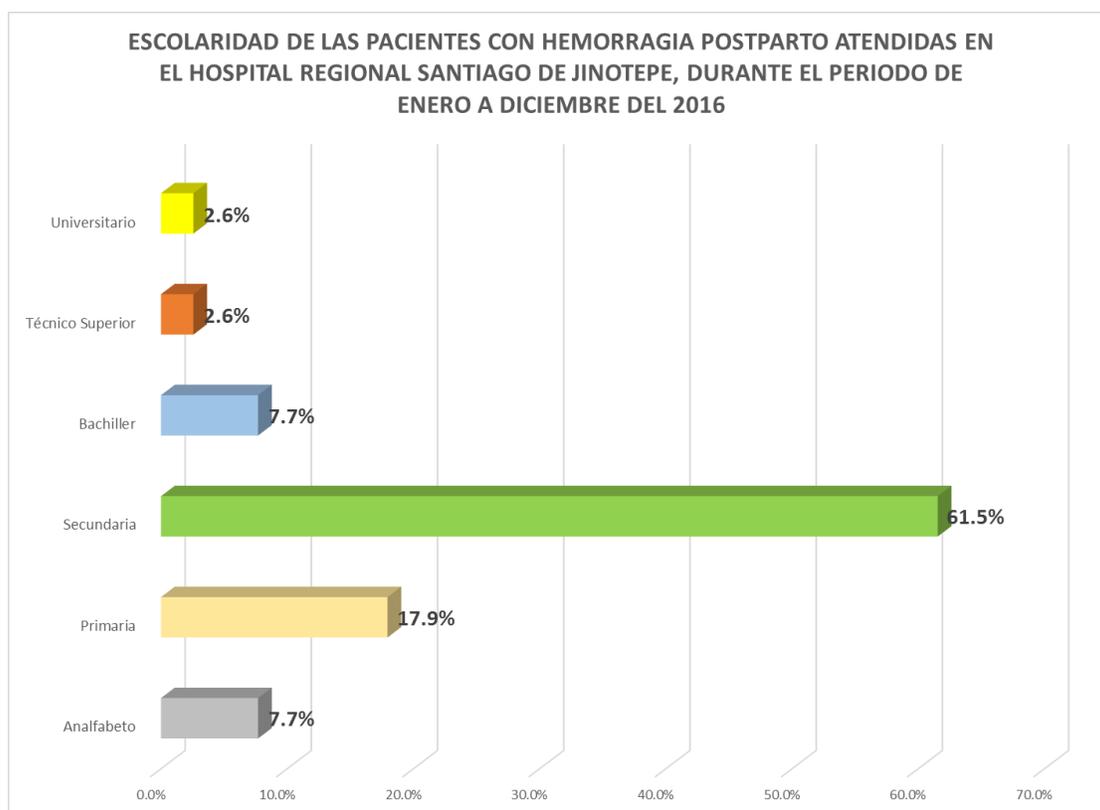
Fuente: Tabla número 2

Tabla número 3: Escolaridad de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	3	7.7%
Primaria	7	17.9%
Secundaria	24	61.5%
Bachiller	3	7.7%
Técnico Superior	1	2.6%
Universitario	1	2.6%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 3: Escolaridad de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



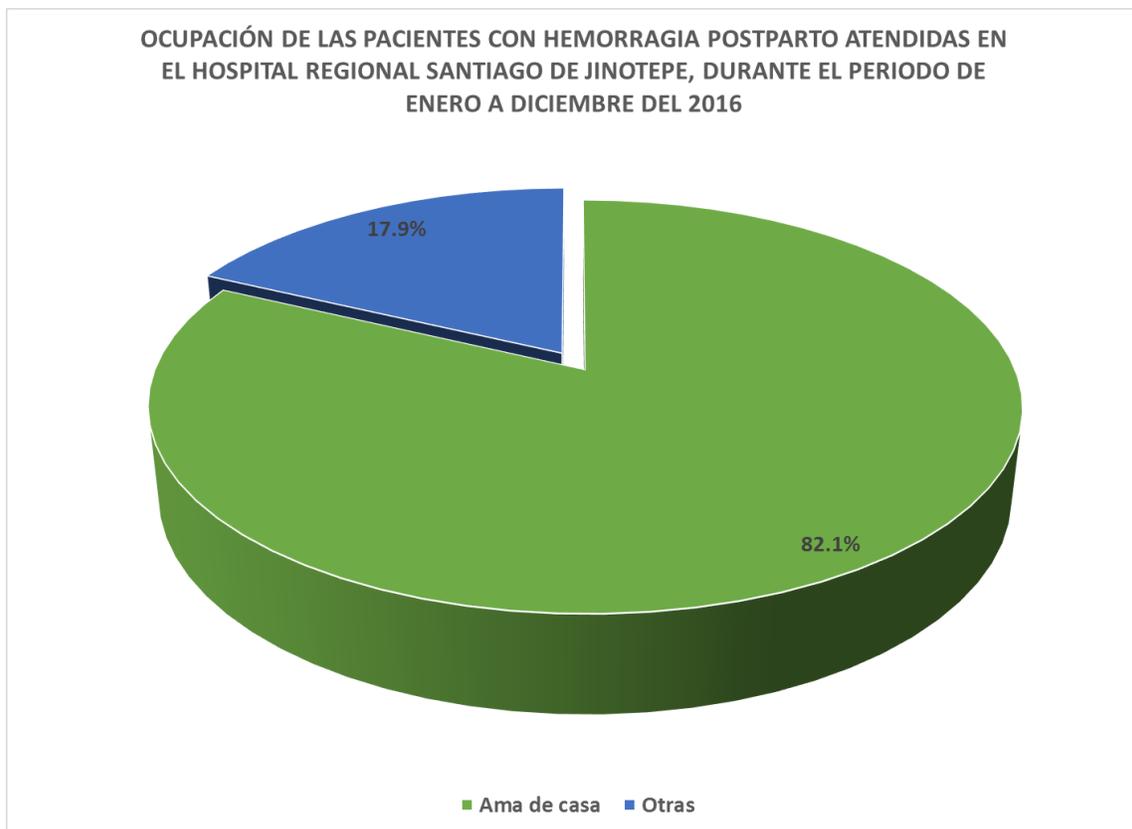
Fuente: Tabla número 3

Tabla número 4: Ocupación de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	32	82.1%
Otras	7	17.9%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 4: Ocupación de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016



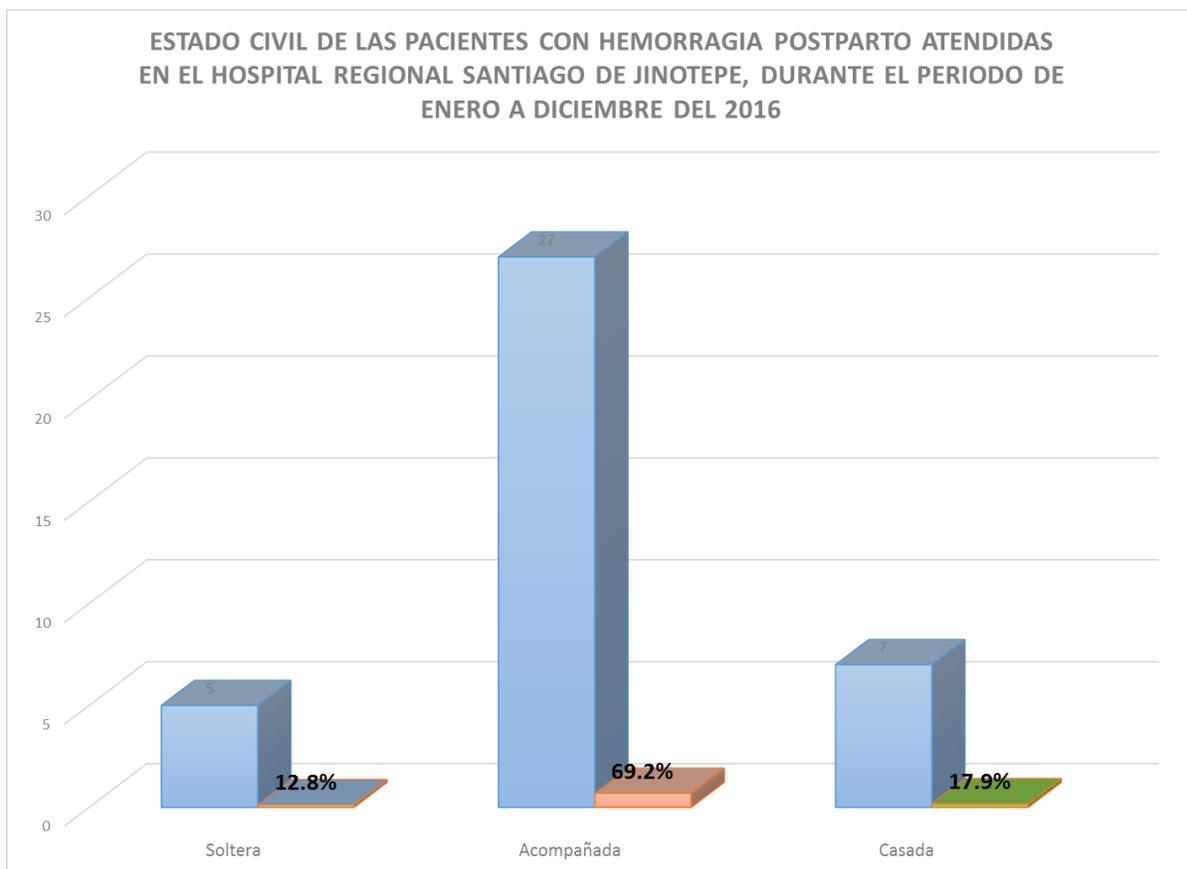
Fuente: Tabla número 4

Tabla número 5: Estado civil de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	5	12.8%
Acompañada	27	69.2%
Casada	7	17.9%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 5: Estado civil de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



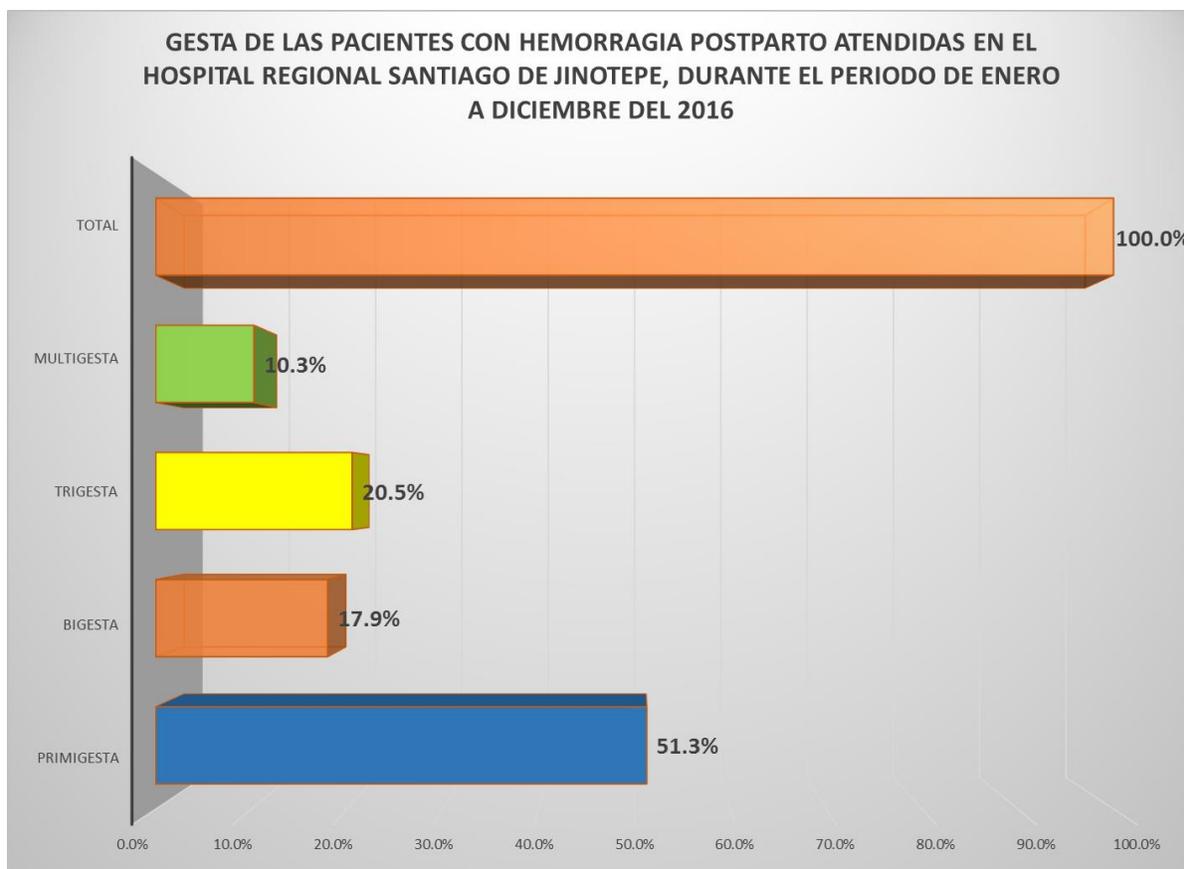
Fuente: Tabla número 5

Tabla número 6: Gestas de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

GESTA DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	20	51.3%
Bigesta	7	17.9%
Trigesta	8	20.5%
Multigesta	4	10.3%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 6: Gestas de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



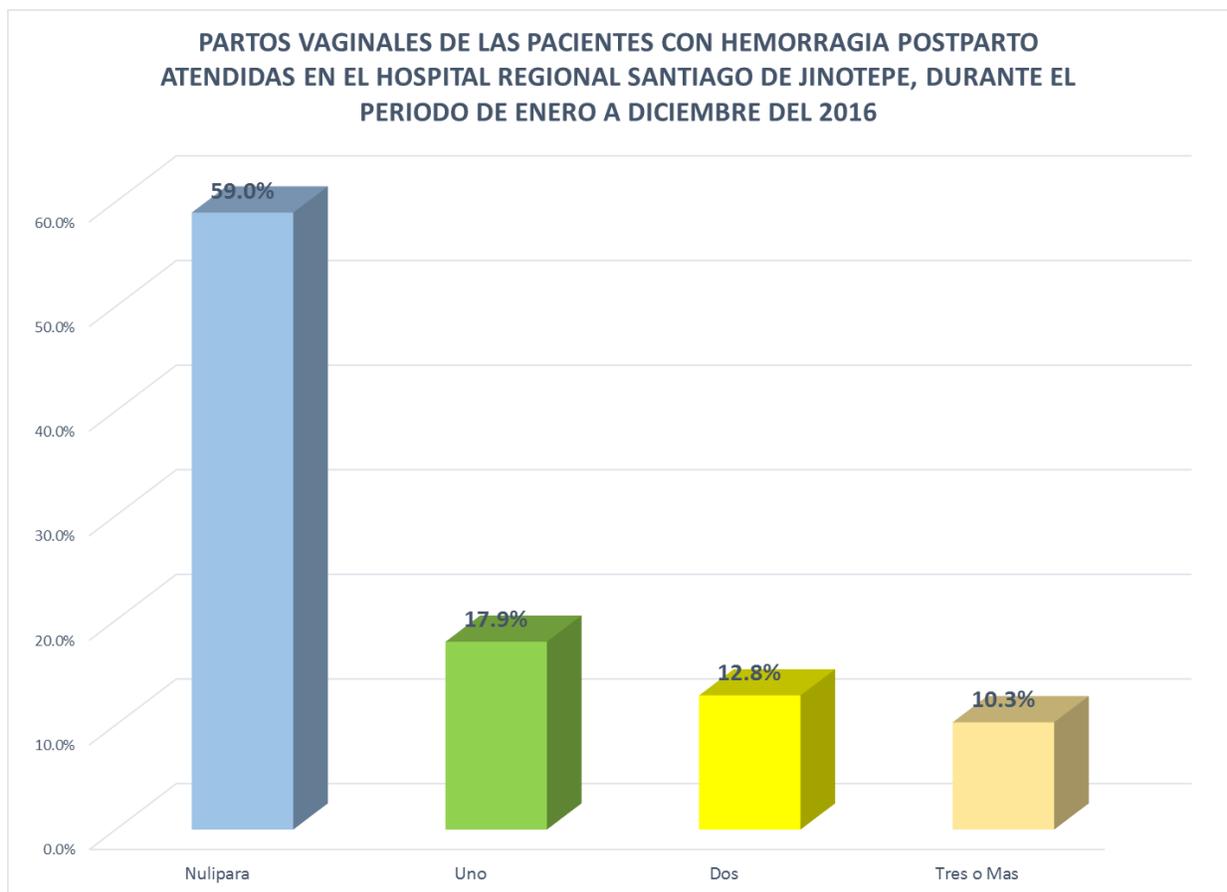
Fuente: Tabla número 6

Tabla número 7: Partos vaginales de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

PARTOS VAGINALES DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Nulipara	23	59.0%
Uno	7	17.9%
Dos	5	12.8%
Tres o Mas	4	10.3%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 7: Partos vaginales de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



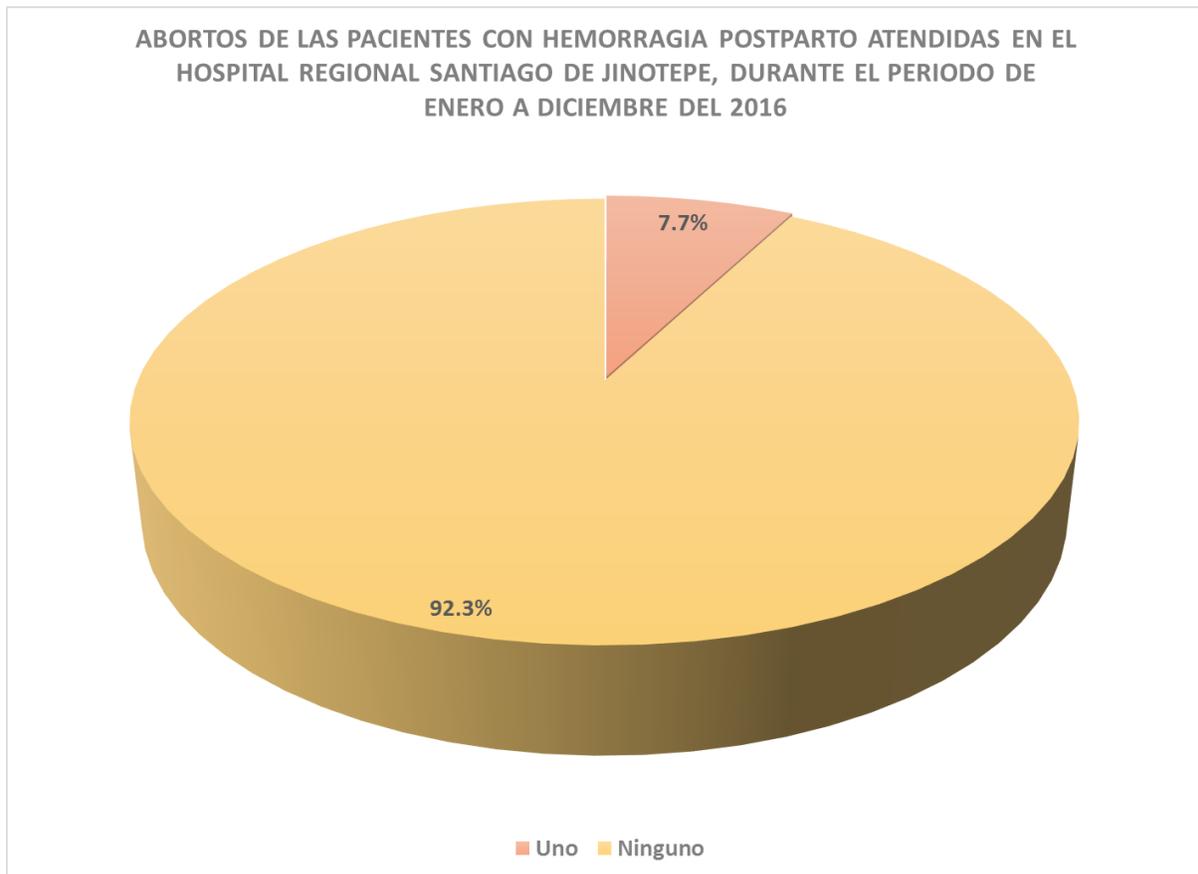
Fuente: Tabla número 7

Tabla número 8: Abortos de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

ABORTOS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Uno	3	7.7%
Ninguno	36	92.3%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 8: Abortos de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



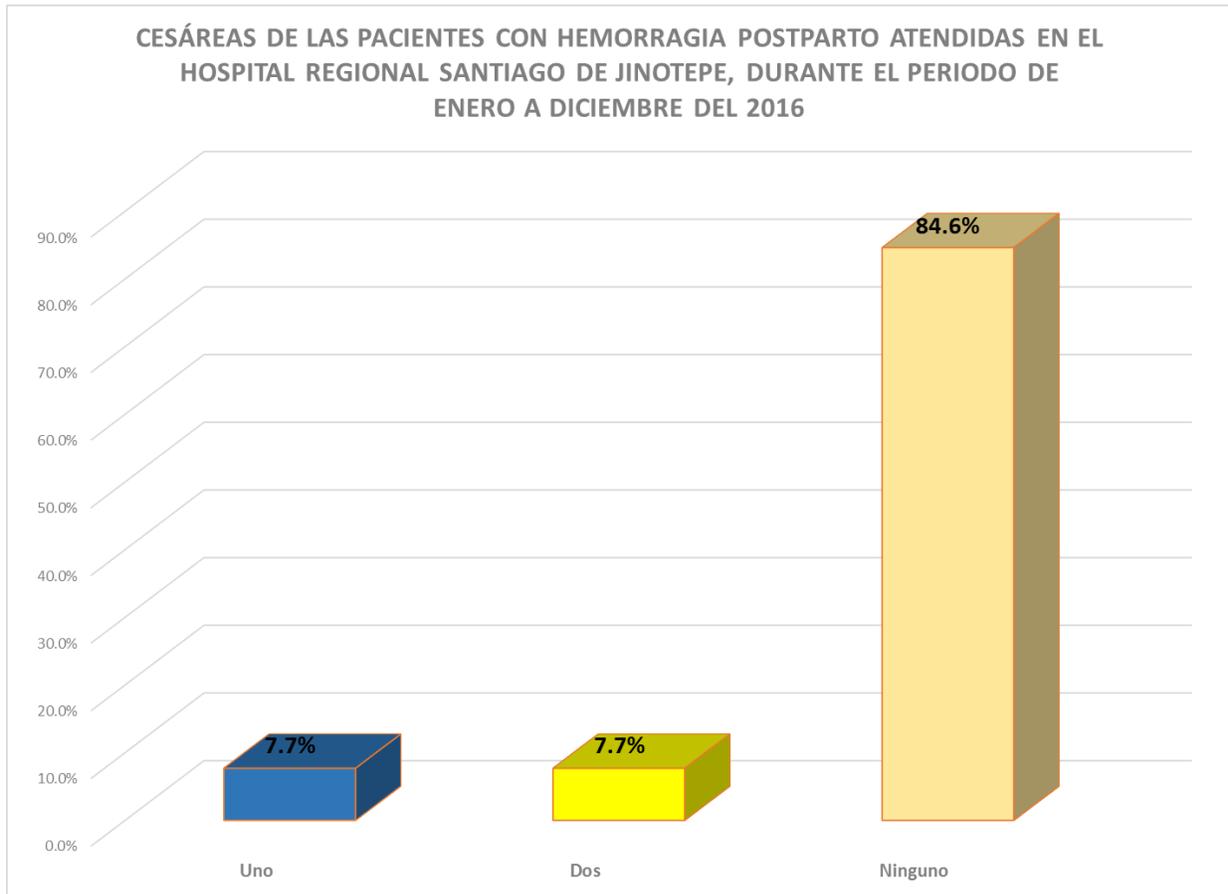
Fuente: Tabla número 8

Tabla número 9: Cesáreas de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

CESÁREAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Uno	3	7.7%
Dos	3	7.7%
Ninguno	33	84.6%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 9: Cesáreas de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



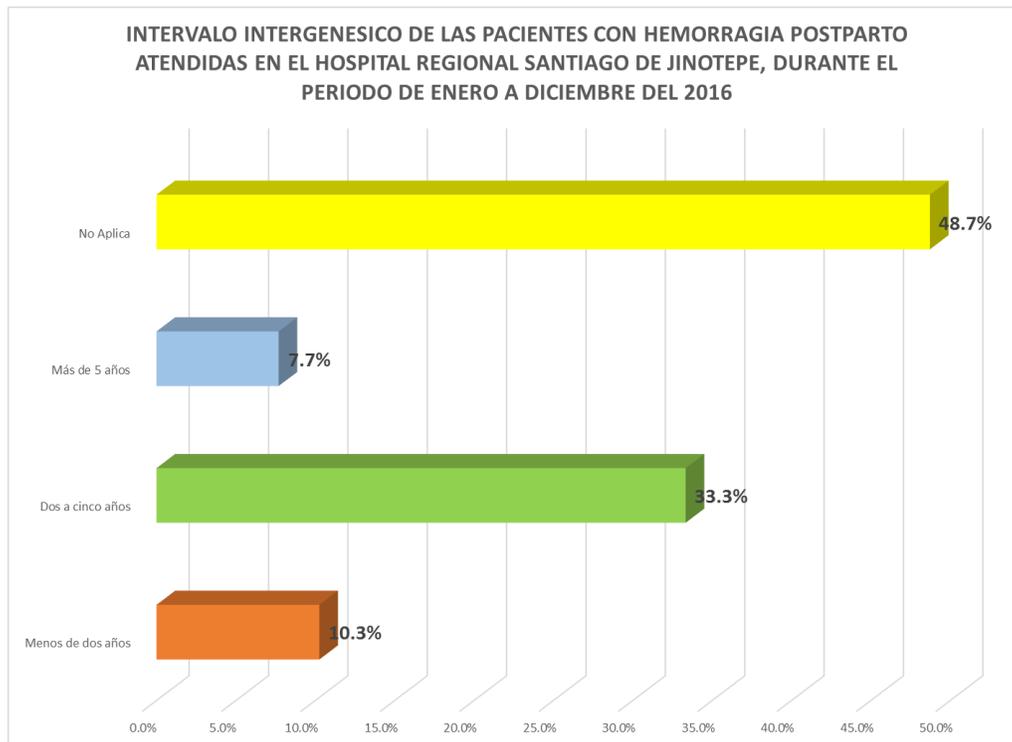
Fuente: Tabla número 9

Tabla número 10: Intervalo intergenésico de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

INTERVALO INTERGENESICO DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Menos de dos años	4	10.3%
Dos a cinco años	13	33.3%
Más de 5 años	3	7.7%
No Aplica	19	48.7%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 10: Intervalo intergenésico de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



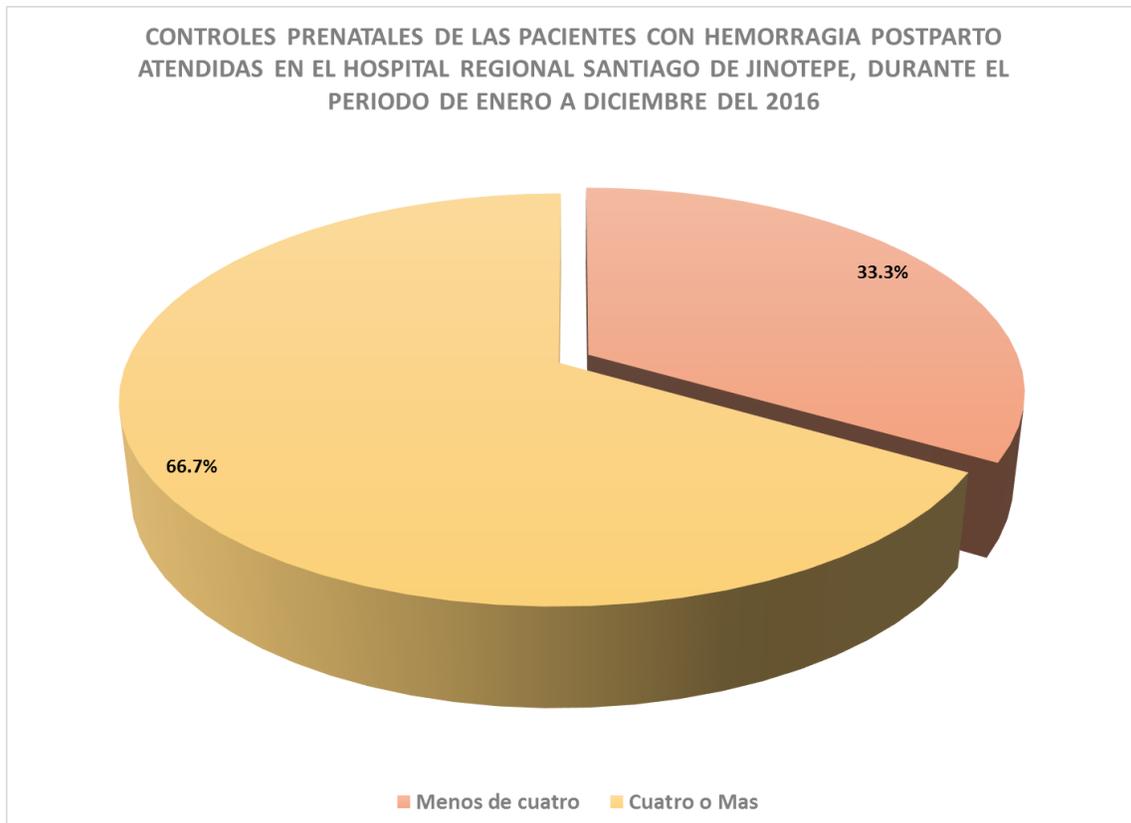
Fuente: Tabla número 10

Tabla número 11: Controles prenatales de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Menos de cuatro	13	33.3%
Cuatro o Mas	26	66.7%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 11: Controles prenatales de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



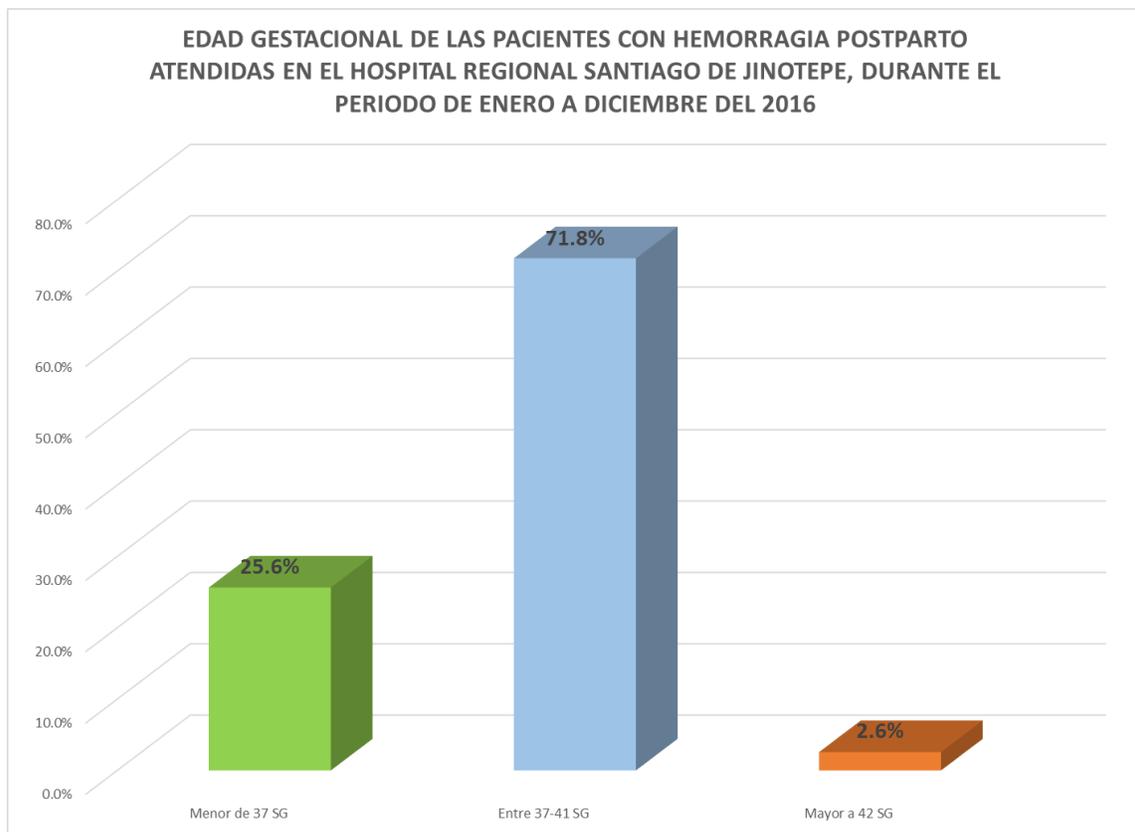
Fuente: Tabla número 11

Tabla número 12: Edad gestacional de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 37 SG	10	25.6%
Entre 37-41 SG	28	71.8%
Mayor a 42 SG	1	2.6%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 12: Edad gestacional de las pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



Fuente: Tabla número 12

Tabla número 13: Vía de finalización del embarazo en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

VIA DE PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	15	38.5%
Cesarea	24	61.5%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 13: Vía de finalización del embarazo en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



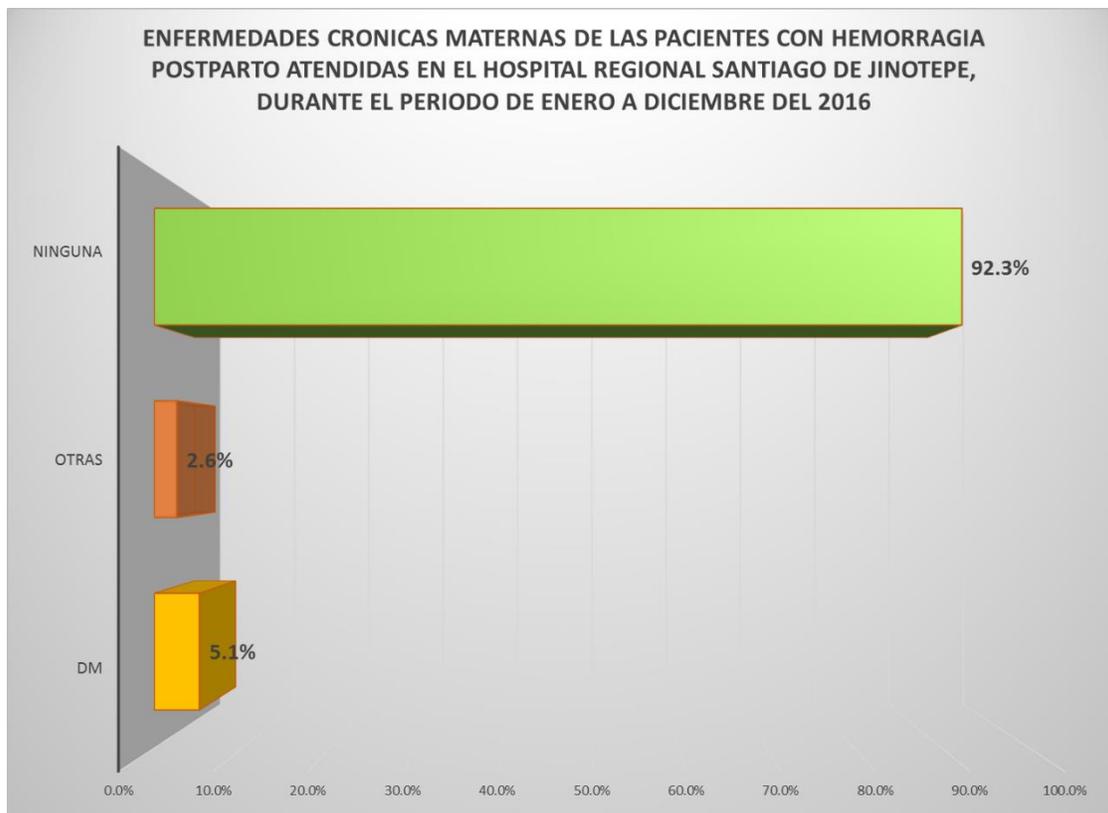
Fuente: Tabla número 13

Tabla número 14: Enfermedades crónicas en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

ENFERMEDADES CRONICAS MATERNAS DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016	Frecuencia	Porcentaje
DM	2	5.1%
Otras	1	2.6%
Ninguna	36	92.3%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 14: Enfermedades crónicas en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



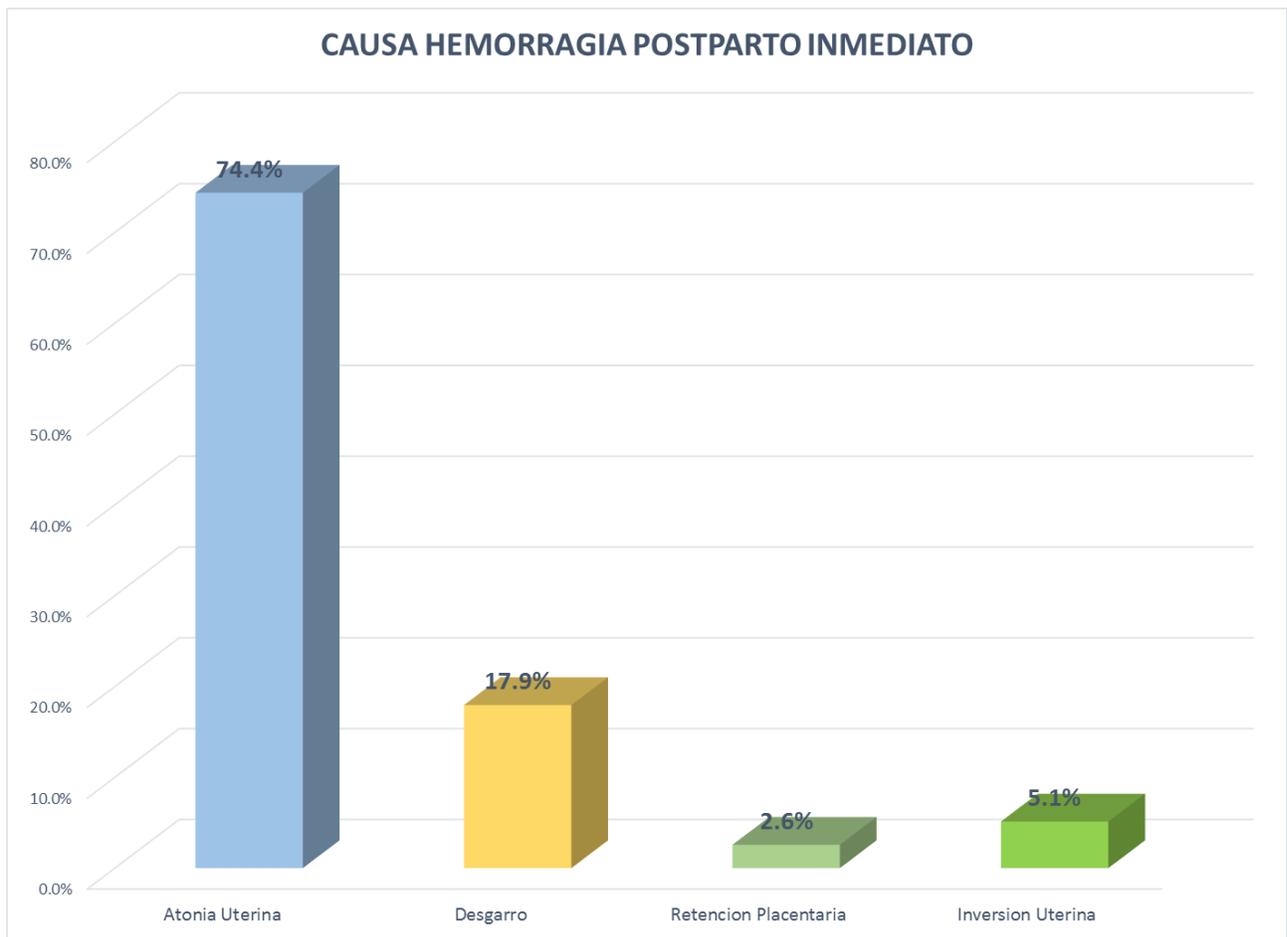
Fuente: Tabla número 14

Tabla número 15: causas de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

CAUSA HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO	Frecuencia	Porcentaje
Atonia Uterina	29	74.4%
Desgarro	7	17.9%
Retencion Placentaria	1	2.6%
Inversion Uterina	2	5.1%
Total	39	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 15: Causas de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



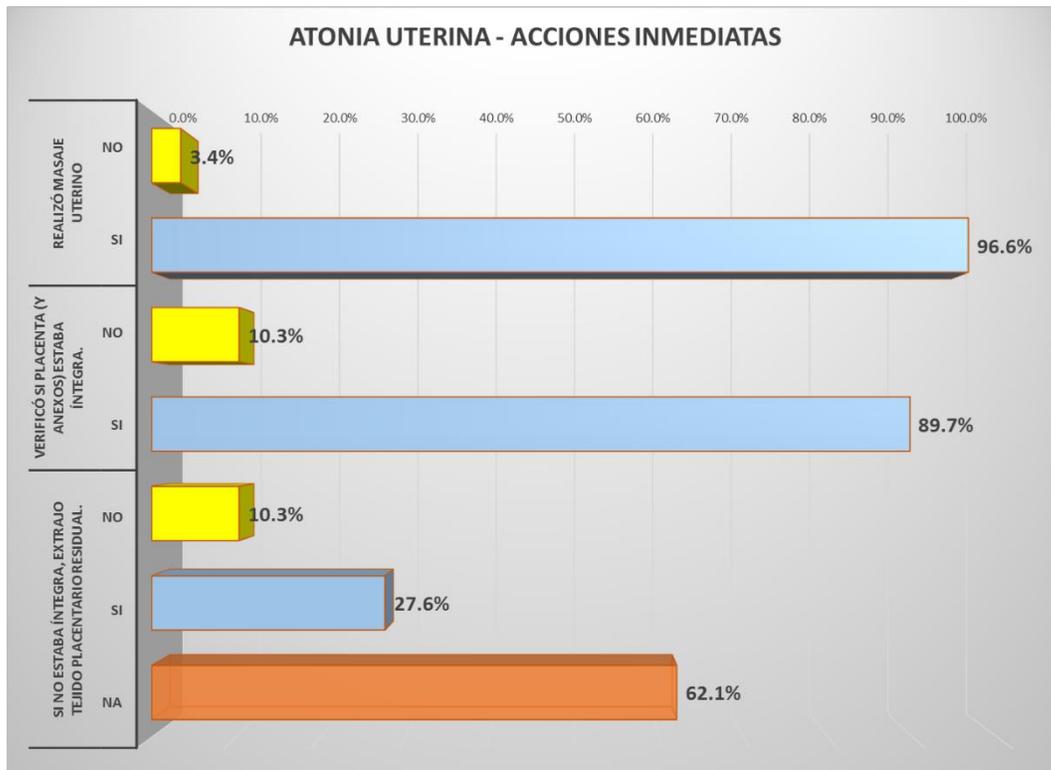
Fuente: Tabla número 15

Tabla número 16: Acciones inmediatas en atonía uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

ACCIONES INMEDIATAS	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
REALIZÓ MASAJE UTERINO	No	1	3.4%
	Si	28	96.6%
	Total	29	100.0%
VERIFICÓ SI PLACENTA (Y ANEXOS) ESTABA ÍNTEGRA.	No	3	10.3%
	Si	26	89.7%
	Total	29	100.0%
SI NO ESTABA ÍNTEGRA, EXTRAJO TEJIDO PLACENTARIO RESIDUAL.	No	3	10.3%
	Si	8	27.6%
	NA	18	62.1%
	Total	29	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 16: Acciones inmediatas en atonía uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



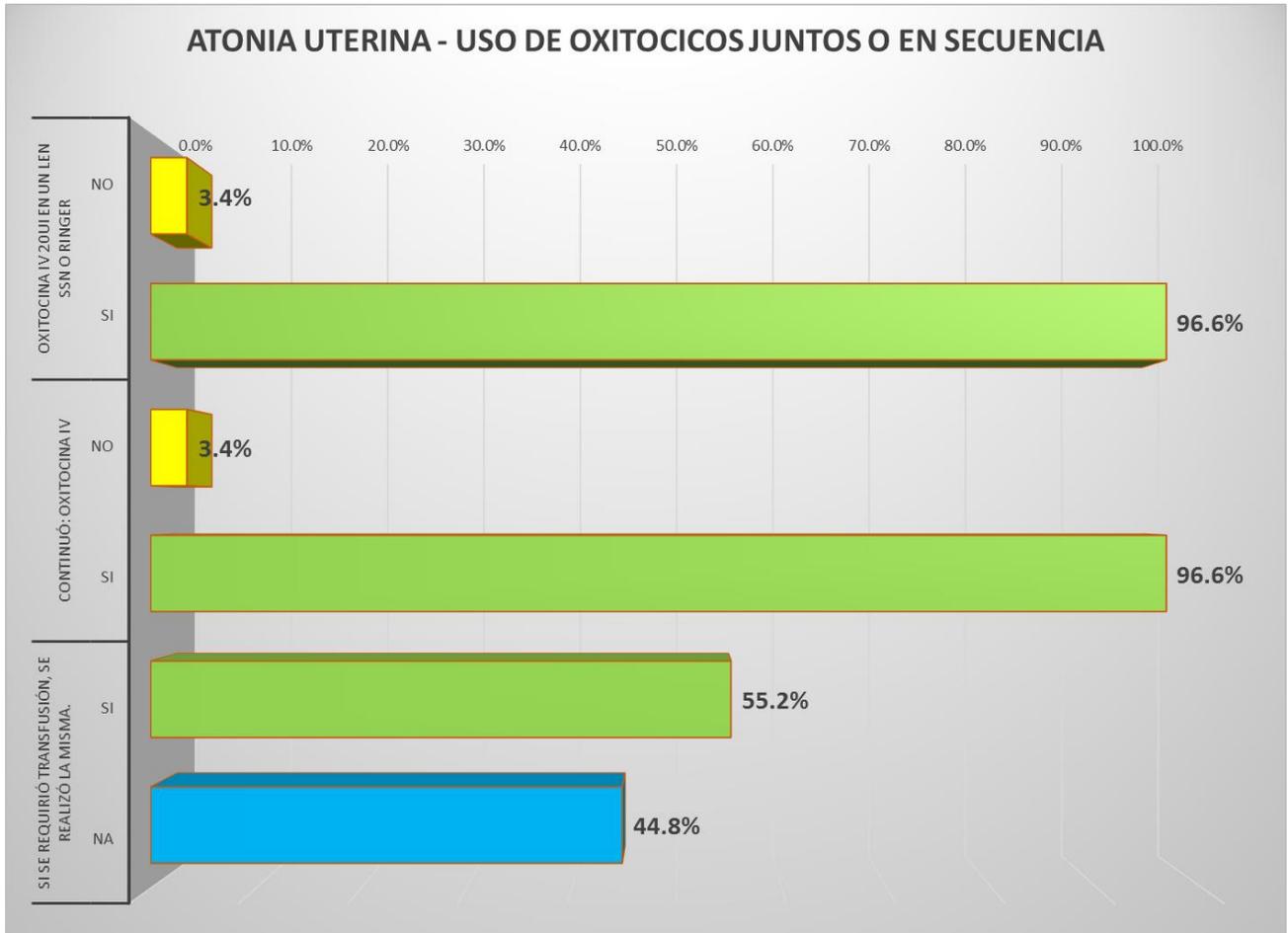
Fuente: Tabla número 16

Tabla número 17: Uso de oxitócicos en atonía uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

USO DE OXITOCICOS JUNTOS O EN SECUENCIA	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
INICIÓ OXITOCINA IV, 20 UI EN 1 L DE SSN Ó RINGER A 60 GOTAS POR MIN (Ó 10 UI IM). ERGOMETRINA CONTRAINDICADA EN HIPERTENSIÓN. SI SE REQUIERE, APLICAR 0.2 MG IM Y VIGLAR PA POR POSIBILIDAD DE HIPERTENSIÓN.	No	1	3.4%
	Si	28	96.6%
	Total	29	100.0%
CONTINUÓ: OXITOCINA IV, 20 UI EN 1 L DE SSN Ó RINGER 20 A 40 GOTAS POR MIN (MÁXIMO 3 L).	No	1	3.4%
	Si	28	96.6%
	Total	29	100.0%
SI SE REQUIRIÓ TRANSFUSIÓN, SE REALIZÓ LA MISMA.	Si	16	55.2%
	NA	13	44.8%
	Total	29	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 17: Uso de oxitócicos en atonía uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



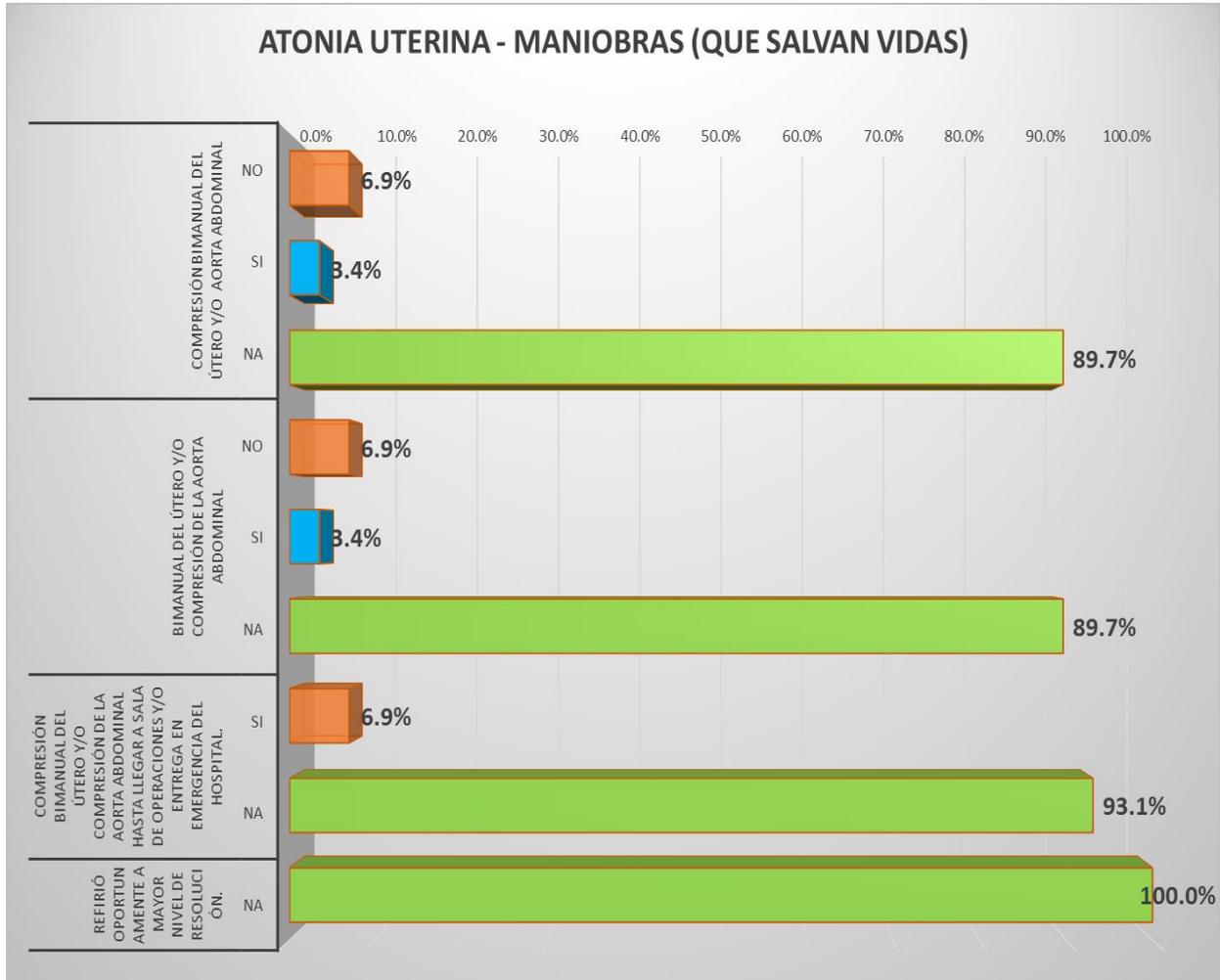
Fuente: Tabla número 17

Tabla número 18: Maniobras en atonía uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

MANIOBRAS (QUE SALVAN VIDAS)	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
SI EL SANGRADO CONTINUÓ: REALIZÓ COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO Y/O COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL	No	2	6.9%
	Si	1	3.4%
	NA	26	89.7%
	Total	29	100.0%
MANTUVO LA COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO Y/O COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL HASTA CONTROLAR SANGRADO Y QUE EL ÚTERO SE CONTRAJERA.	No	2	6.9%
	Si	1	3.4%
	NA	26	89.7%
	Total	29	100.0%
EN CASO DE CIRUGÍA O TRASLADO A OTRA UNIDAD DE SALUD: MANTUVO LA COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO Y/O COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL HASTA LLEGAR A SALA DE OPERACIONES Y/O ENTREGA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL.	Si	2	6.9%
	NA	27	93.1%
	Total	29	100.0%
REFIRIÓ OPORTUNAMENTE A MAYOR NIVEL DE RESOLUCIÓN.	NA	29	100.0%
	Total	29	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 18: Maniobras en atonía uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



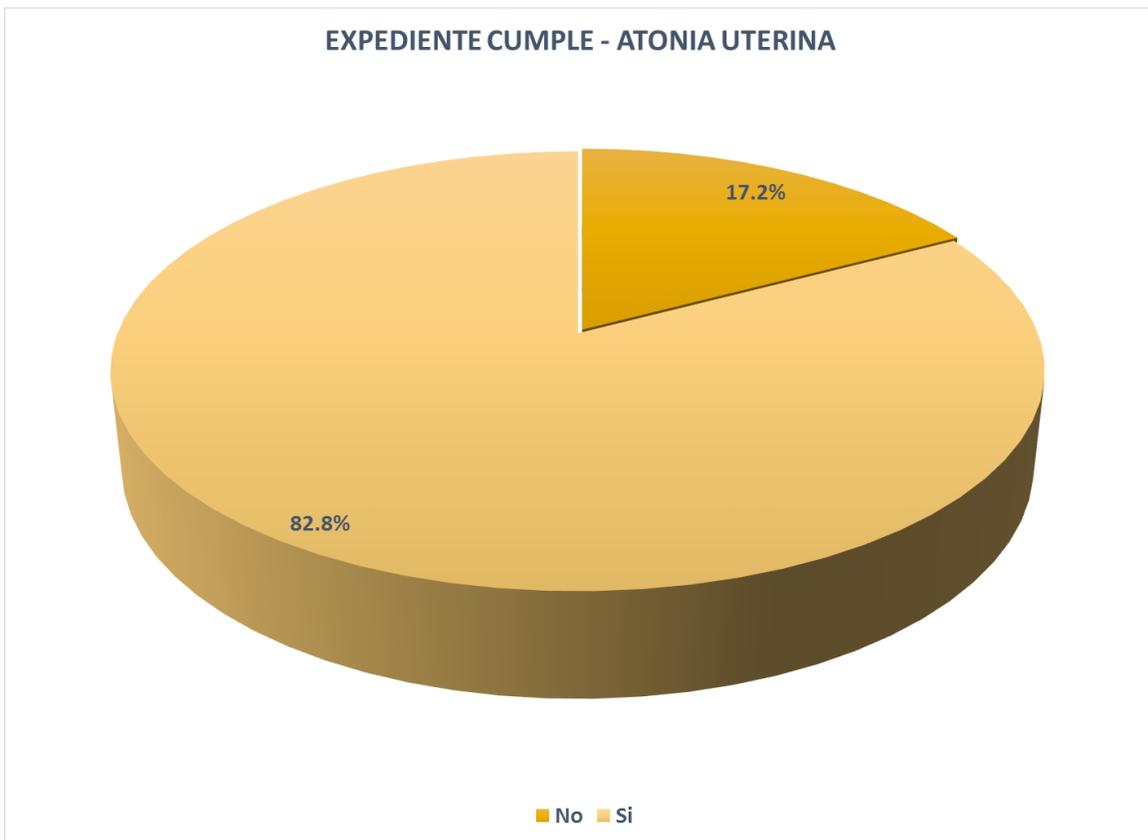
Fuente: Tabla número 18

Tabla número 19: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por atonía uterina atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EXPEDIENTE CUMPLE - ATONIA UTERINA	Frecuencia	Porcentaje
No	5	17.2%
Si	24	82.8%
Total	29	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 19: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por atonía uterina atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



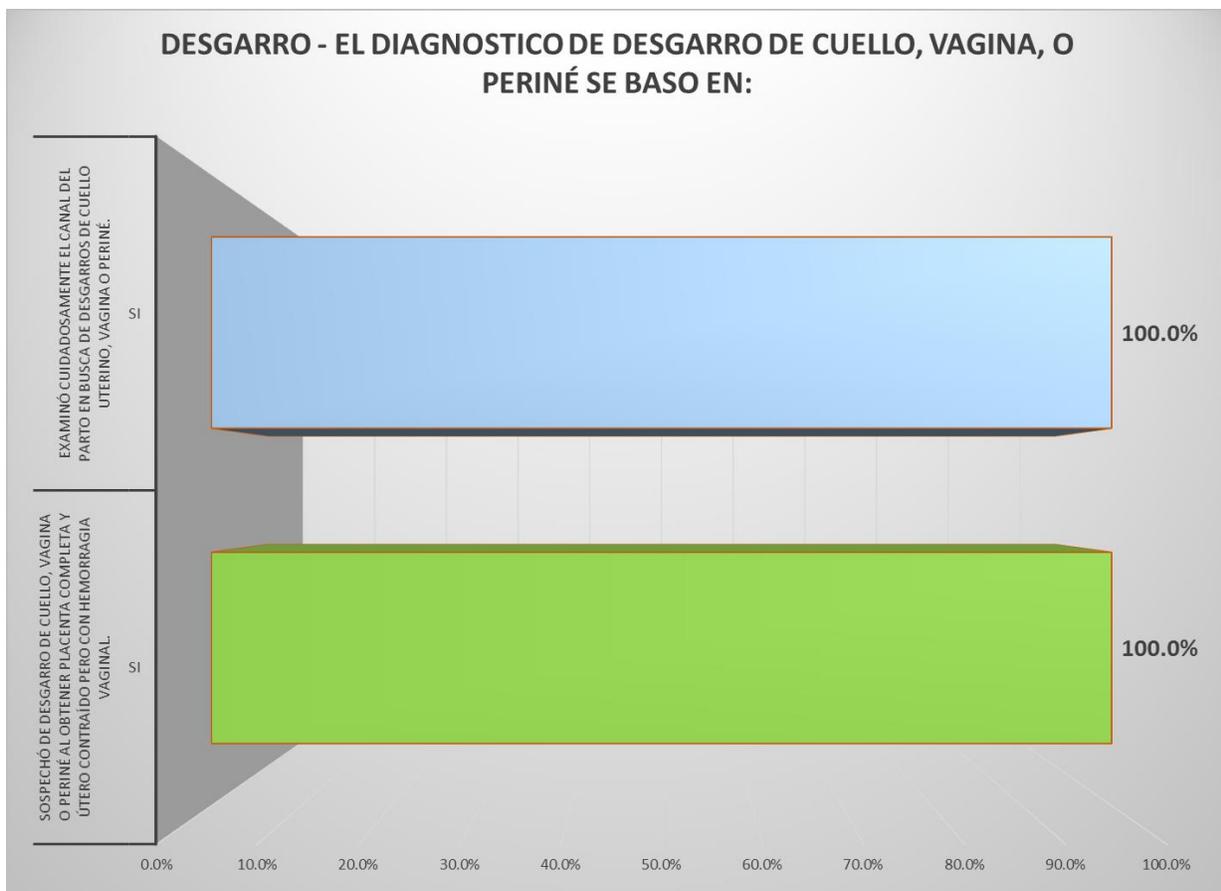
Fuente: Tabla número 19

Tabla número 20: Diagnostico de desgarro de cuello, vagina o periné en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EL DIAGNOSTICO DE DESGARRO DE CUELLO, VAGINA, O PERINE SE BASO EN:	Atributos	Frecuencia	Porcentaje
SOSPECHÓ DE DESGARRO DE CUELLO, VAGINA O PERINÉ AL OBTENER PLACENTA COMPLETA Y ÚTERO CONTRAÍDO PERO CON HEMORRAGIA VAGINAL.	Si	7	100.0%
	Total	7	100.0%
EXAMINÓ CUIDADOSAMENTE EL CANAL DEL PARTO EN BUSCA DE DESGARROS DE CUELLO UTERINO, VAGINA O PERINÉ.	Si	7	100.0%
	Total	7	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 20: Diagnostico de desgarro de cuello, vagina o periné en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



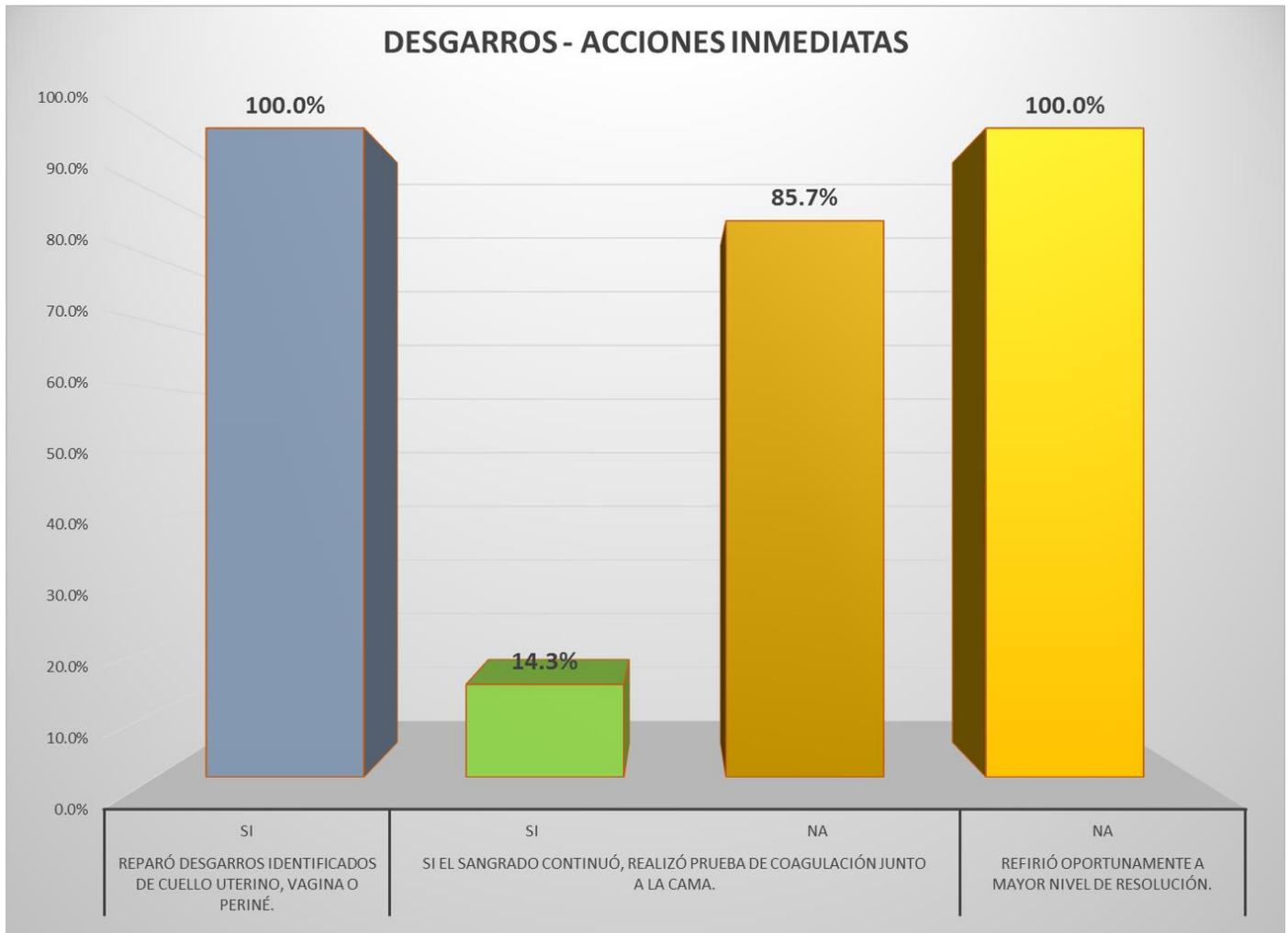
Fuente: Tabla número 20

Tabla número 21: Acciones inmediatas en desgarro de cuello, vagina o periné en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

ACCIONES INMEDIATAS	Atributos	Frecuencia	Porcentaje
REPARÓ DESGARROS IDENTIFICADOS DE CUELLO UTERINO, VAGINA O PERINÉ.	Si	7	100.0%
	Total	7	100.0%
SI EL SANGRADO CONTINUÓ, REALIZÓ PRUEBA DE COAGULACIÓN JUNTO A LA CAMA.	Si	1	14.3%
	NA	6	85.7%
	Total	7	100.0%
REFIRIÓ OPORTUNAMENTE A MAYOR NIVEL DE RESOLUCIÓN.	NA	7	100.0%
	Total	7	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 21: Acciones inmediatas en desgarro de cuello, vagina o periné en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016



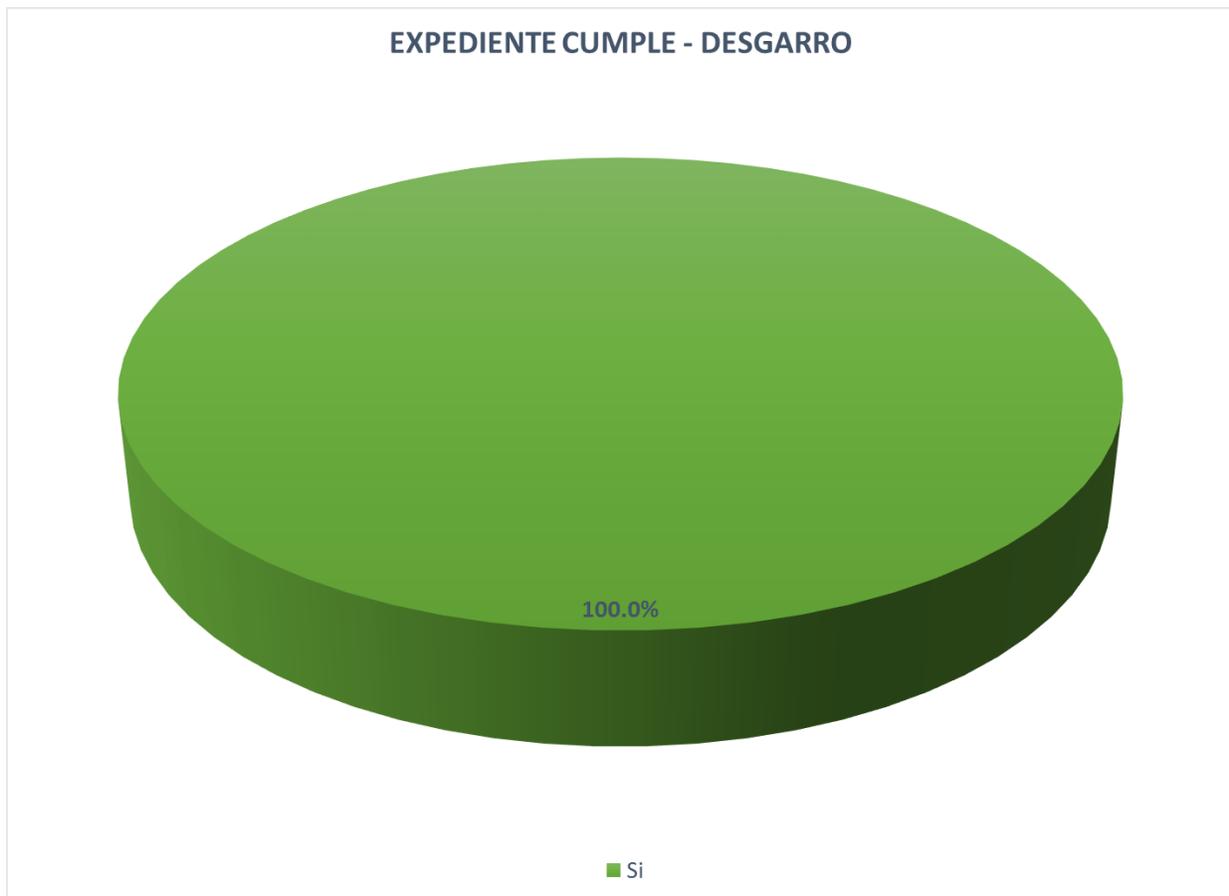
Fuente: Tabla número 21

Tabla número 22: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por desgarros de cuello, vagina o periné atendidos en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EXPEDIENTE CUMPLE - DESGARRO	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	100.0%
Total	7	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 22: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por desgarros de cuello, vagina o periné atendidos en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



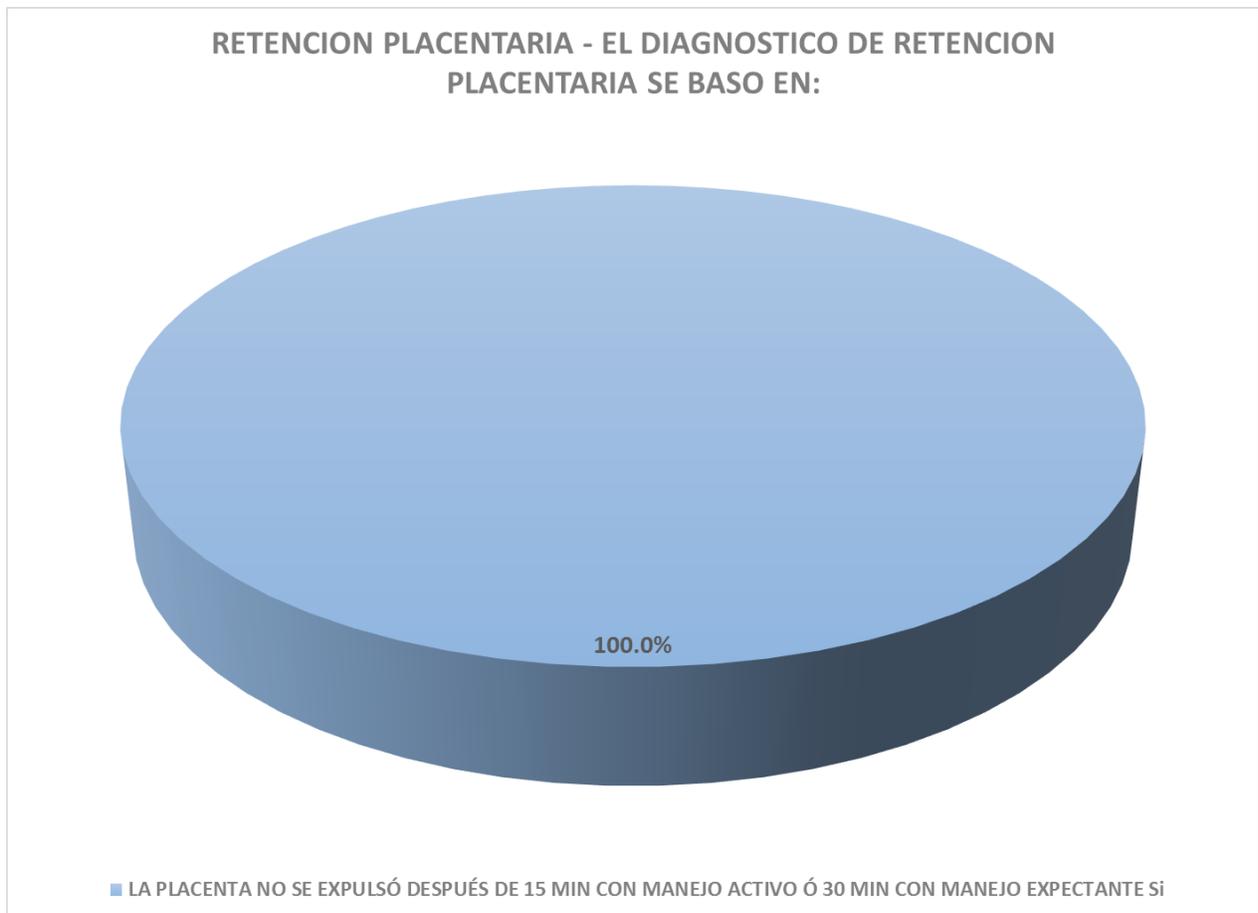
Fuente: Tabla número 22

Tabla número 23: Diagnostico de retención placentaria en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EL DIAGNOSTICO DE RETENCION PLACENTARIA SE BASO EN:	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
LA PLACENTA NO SE EXPULSÓ DESPUÉS DE 15 MIN CON MANEJO ACTIVO Ó 30 MIN CON MANEJO EXPECTANTE	Si	1	100.0%
	Total	1	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 23: Diagnostico de retención placentaria en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



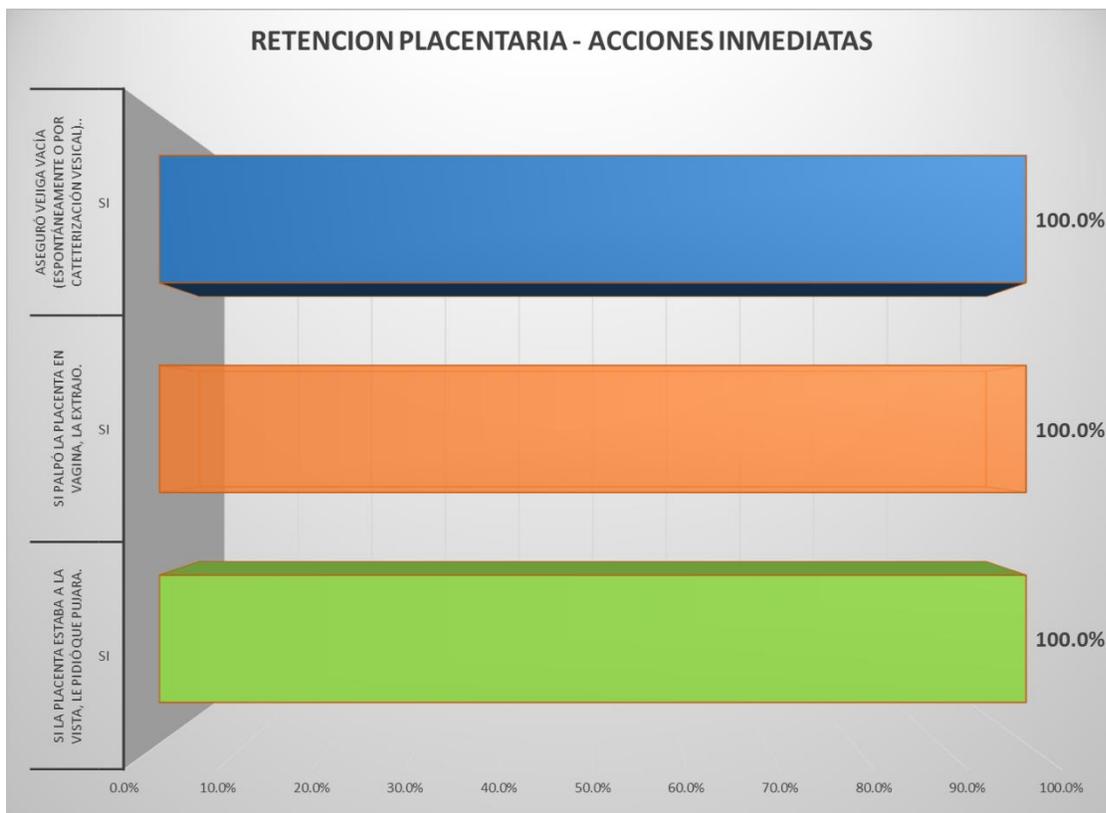
Fuente: Tabla número 23

Tabla número 24: Acciones inmediatas en retención de placenta en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

ACCIONES INMEDIATAS	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
SI LA PLACENTA ESTABA A LA VISTA, LE PIDIÓ QUE PUJARA.	Si	1	100.0%
	Total	1	100.0%
SI PALPÓ LA PLACENTA EN VAGINA, LA EXTRAJO.	Si	1	100.0%
	Total	1	100.0%
ASEGURÓ VEJIGA VACÍA (ESPONTÁNEAMENTE O POR CATETERIZACIÓN VESICAL)..	Si	1	100.0%
	Total	1	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 24: Acciones inmediatas en retención de placenta en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



Fuente: Tabla número 24

Tabla número 25: Manejo expectante en retención de placenta en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

SI RETENCION PLACENTARIA FUE CON MANEJO EXPENTANTE:	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
APLICÓ MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (OTRA ALTERNATIVA A 10 UI OXITOCINA IM ES DILUIR 10 UI OXITOCINA EN 1LT DE SSN Y PASARLA IV A 40 GOTAS POR MIN)..	NA	1	100.0%
	Total	1	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 25: Manejo expectante en retención de placenta en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



Fuente: Tabla número 25

Tabla número 26: Manejo activo en retención de placenta en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

SI RETENCION PLACENTARIA FUE CON MANEJO ACTIVO:	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
SI LA PLACENTA NO SE EXPULSÓ EN 15 MINUTOS Y ÚTERO CONTRAÍDO, REALIZÓ EXPRESIÓN DEL FONDO UTERINO (MANIOBRA DE CREDÉ)..	Si	1	100.0%
	Total	1	100.0%
SI MANIOBRA DE CREDÉ NO DIO RESULTADO, REALIZÓ EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA.	Si	1	100.0%
	Total	1	100.0%
SI EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA NO FUE POSIBLE, PENSÓ (REGISTRÓ) LA POSIBILIDAD DE ACRETISMO PLACENTARIO.	Si	1	100.0%
	Total	1	100.0%
REFIRIÓ OPORTUNAMENTE A MAYOR NIVEL DE RESOLUCIÓN.	NA	1	100.0%
	Total	1	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 26: Manejo activo en retención de placenta en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



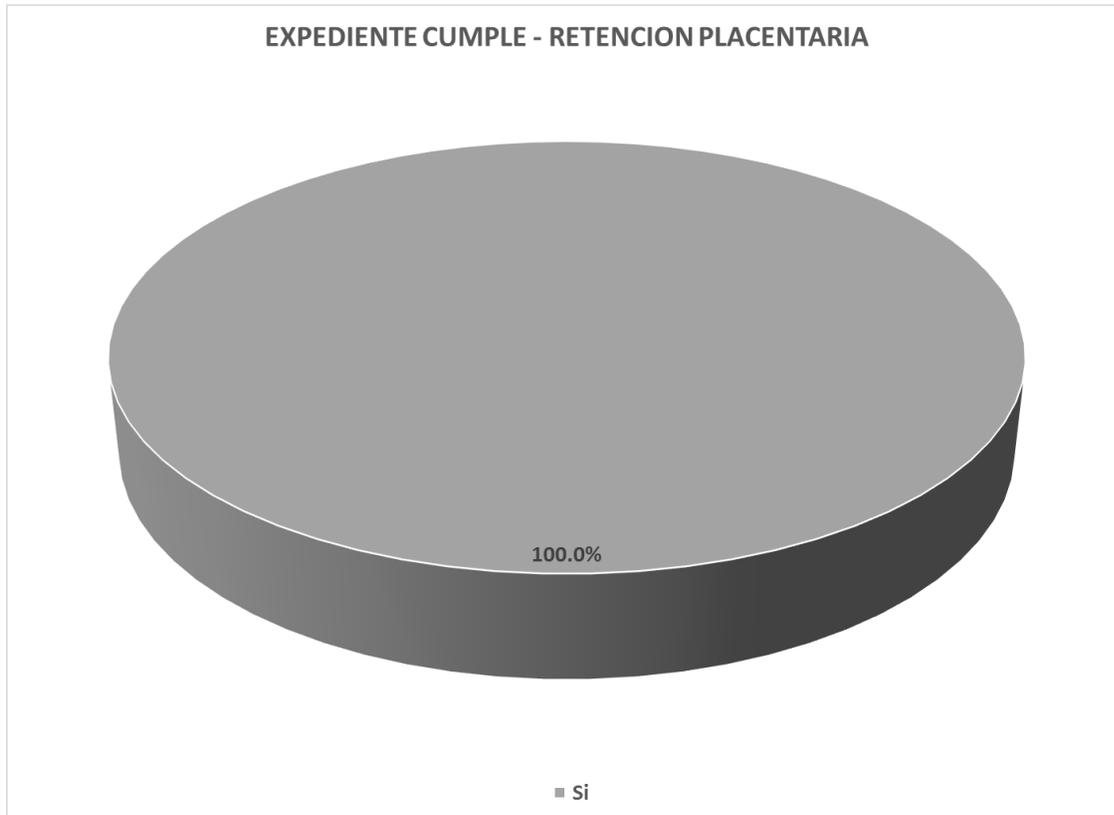
Fuente: Tabla número 26

Tabla número 27: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por retención placentaria atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EXPEDIENTE CUMPLE - RETENCION PLACENTARIA	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	100.0%
Total	1	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 27: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por retención placentaria atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



Fuente: Tabla número 27

Tabla número 28: Criterios de inversión uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

INVERSION UTERINA - CRITERIOS	Atributo	Frecuencia	Porcentaje
CORRIGIÓ LA INVERSIÓN UTERINA DE INMEDIATO	Si	2	100.0%
	Total	2	100.0%
NO APLICÓ OXITÓCICOS ANTES DE REDUCIR LA INVERSIÓN.	Si	2	100.0%
	Total	2	100.0%
SI LA MUJER TENÍA DOLOR SEVERO, APLICÓ MORFINA 0.1 MG/KG PESO IM.	NA	2	100.0%
	Total	2	100.0%
SI EL SANGRADO CONTINUÓ: REALIZÓ PRUEBA DE COAGULACIÓN JUNTO A LA CAMA.	NA	2	100.0%
	Total	2	100.0%
INDICÓ Y APLICÓ ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS, DOSIS ÚNICA, DESPUÉS DE CORREGIR LA INVERSIÓN	Si	2	100.0%
	Total	2	100.0%
SI HABÍA SIGNOS DE INFECCIÓN (FEBRE, SECRECIÓN VAGINAL FÉTIDA) APLICÓ ANTIBIÓTICOS COMO PARA UNA METRITIS	NA	2	100.0%
	Total	2	100.0%
SI SOSPECHÓ NECROSIS, INDICÓ / REALIZÓ O REFIRIÓ PARA HISTERECTOMÍA VAGINAL.	NA	2	100.0%
	Total	2	100.0%
REFIRIÓ OPORTUNAMENTE A MAYOR NIVEL DE RESOLUCIÓN.	NA	2	100.0%
	Total	2	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 28: Criterios de inversión uterina en pacientes con hemorragia postparto inmediato atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



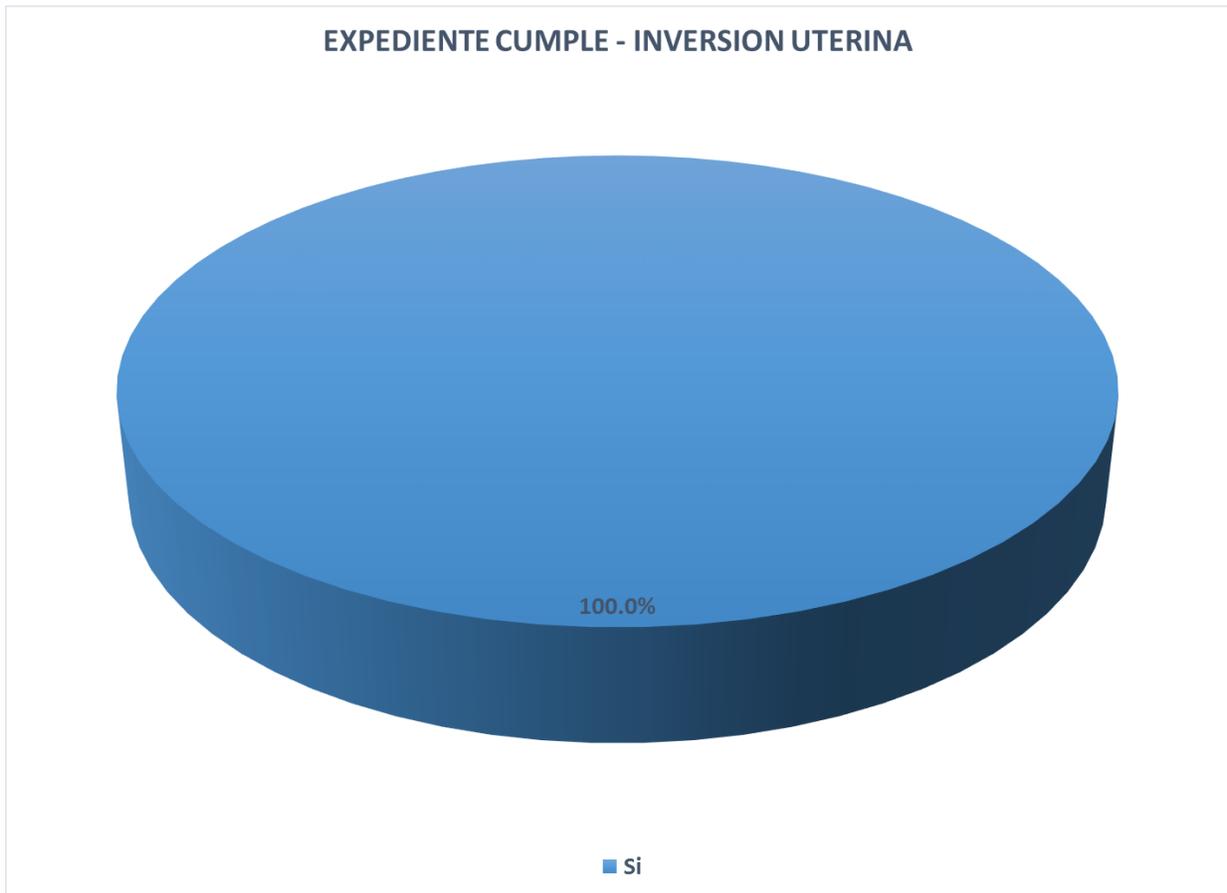
Fuente: Tabla número 28

Tabla número 29: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por inversión uterina atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

EXPEDIENTE CUMPLE - INVERSION UTERINA	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	100.0%
Total	2	100.0%

Fuente: ficha de recolección de la información

Gráfico número 29: Nivel de cumplimiento de protocolo en pacientes con hemorragia postparto inmediato por inversión uterina atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe, en el periodo de enero a diciembre del 2016.



Fuente: Tabla número 29