

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Recinto Universitario Rubén Darío.
UNAN – MANAGUA
Facultad de Ciencias Médicas



Informe Final de investigación
Para optar al título de médico y cirujano.

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.

Autores:

Br (a). Ainara Francheska González Britton

Br (a). Seyling Lidieth Álvarez Rocha

Tutor:

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada

LISTA DE ACRÓNIMOS

- ACTH: Hormona adenocorticotropica
- ATPasa: Adenil trifosfatasa
- BHC: Biometría Hemática Completa
- CPN: Control Pre – Natal
- COE: Cuidados obstétricos esenciales
- CID: Coagulación intravascular diseminada
- CPG: Concentrado de paquete globular
- DCP: Desproporción cefalopélvica
- DIU: Dispositivo intrauterino
- DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta
- ECG: Electroencefalograma
- EKG: Electrocardiograma
- FCF: Frecuencia cardiaca fetal
- FECASOG: Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- FUR: Fecha de la última menstruación
- HELLP: Hemolisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas
- HCP: Historia Clínica Prenatal
- HIE: Hipertensión Inducida por el Embarazo
- HBCR: Hospital Escuela Bertha Calderón Roque
- HPP: Hemorragia post-parto
- HAN: Hospital Alemán Nicaragüense
- HRSJD-Estelí: Hospital Regional San Juan de Dios de Estelí
- HRAJ: Hospital Regional Asunción de Juigalpa
- HTA: Hipertensión Arterial
- IMC: Índice de Masa Corporal
- IVU: Infección de Vías Urinarias
- ITS: Infección de transmisión sexual
- LDH: Lactato deshidrogenasa
- LUI: Legrado uterino instrumental
- MINSA: Ministerio de Salud
- NST: Non stress test (monitoreo fetal no estresante)
- OCI: Orificio cervical interno
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PBF: Perfil biofísico fetal
- PE: Pre – Eclampsia.
- PFC: Plasma Fresco Congelado
- PCR: Proteína “c” reactiva
- PTH: Hormona Paratiroidea
- PVDC: Parto vaginal después de una cesárea

- RCIU : Retardo del crecimiento intrauterino
- RMM: Razón de Mortalidad Materna
- RPM: Ruptura prematura de membranas
- RPMP: Ruptura Prematura de Membranas en Embarazo Pre término
- RPR: Rapid Plasma Reagin
- UNFPA: United Nations Population Fund
- SHG: Síndrome Hipertensivo Gestacional
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- SSN: Solución Salina Normal
- SNC: Sistema nervioso central
- TA: Tensión Arterial
- TP: Tiempo de Protrombina
- TPT: Tiempo Parcial de Tromboplastina

DEDICATORIA

Con toda la humildad que nuestros corazones pueden emanar, en primer lugar agradecer a DIOS por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas. Por los triunfos y los momentos difíciles que nos han enseñado a valorar cada día más.

A nuestros padres que nos han acompañado durante todo nuestro trayecto estudiantil y de vida, y quienes con sus consejos han sabido guiarnos para culminar nuestra carrera profesional, Gracias Sussy

Rocha Vanegas y Pablo Allan Álvarez, Gracias Francheska

Britton y Allan González.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por brindarnos la oportunidad de obtener otro triunfo en nuestras vidas, darnos salud, sabiduría y entendimiento para lograr llegar hasta acá.

Gracias a nuestro padres **Francheska y Allan, Sussy y Pablo Allan** por todos sus sacrificios, consejos, por apoyarnos en todo momento, por los valores que nos han inculcado y habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas, sobre todo por ser unos excelentes ejemplos de vida a seguir.

A nuestros hermanos por ser parte importante de nuestras vidas y representar la unidad familiar, a: **Allancito y AndyBoy, Allan Chiquito, Gloria y Crisobeth** por llenar nuestras vidas de alegría y amor cuando más lo hemos necesitado.

A nuestras parejas **Kolman Miranda, Rigoberto Carballo** por su paciencia y amor incondicional y motivarnos a seguir adelante en los momentos de desesperación y tristeza, cambiando nuestra vida de colores.

A nuestro Tutor Dr. Eladio Meléndez por todo el apoyo brindado, su tiempo y conocimientos transmitidos a lo largo de este proyecto.

Y nuevamente Gracias a Dios por haber cruzado nuestros caminos y convertirnos en más que amigas, hermanas. Dándonos la paciencia para soportarnos, perdonarnos y permitirnos llegar a este día tan anhelado juntas y unirnos para decir ¡**Ya Somos Médicos!**

RESUMEN

La HPP se encuentra dentro de las cinco causas principales de mortalidad materna y en América Latina representa la segunda causa de muerte relacionada al embarazo y el puerperio. En el Hospital de Boaco es una de las principales causa de morbilidad en el servicio de Ginecobstetricia de cada 1000 parto han sucedido 12.5 eventos hemorrágicos y en los dos últimos años incluyendo el 2015 han sucedido 2 muerte materna por esta situación producto de hipotonía uterina.

Se realizó estudio descriptivo de corte transversal para evaluar el cumplimiento protocolizado a la atención de la HPP de obligatorio cumplimiento según decreto de ley del MINSA en mujeres atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital José Nieborowski de Boaco en el periodo comprendido de Enero 2010 a Diciembre 2014. Se pretendió realizar dicha evaluación para contribuir en la identificación de aciertos y debilidades que permitirán cambios que mejore la calidad de la atención de esta patología.

La población de estudio fue de 148 mujeres en edad fértil que durante el periodo fue atendida y presento HPP, todas pertenecían al departamento de Boaco tanto de sus áreas rurales como el área urbana.

Los indicadores a evaluar están contenido de acuerdo a cada causa de HPP que de acuerdo a la sucesión de evento haya dado repuesta a solucionar el problema pero también se describe la consideraciones para evitar que las mujeres presente este tipo de eventualidad.

Los datos fueron introducidos en una base electrónica construida en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS 21.0 para Windows. Se realizaron tablas de frecuencia que permitieron identificar datos de interés para realizar cruces de variables. En el caso de valorar el cumplimiento de la norma se hizo de acuerdo al número necesario de acciones requeridas en total para dar respuesta al problema en relación a las acciones que si realizo el personal de salud para establecer que el manejo fue adecuado debe de cumplir más 80% de lo establecido por cada causa que fue y luego este valor de cumplimiento se analizó con el diagnostico establecido.

Los resultados demuestra; 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%.

Conclusión; La terapéutica protocolizada por causa específica de HPP no alcanza el 80.0% de cumplimiento en la mayoría de los casos exceptuando las que tuvieron desgarro del cuello, vagina y periné que con el acto de identificar y reparar el daño resolvían.

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	8
III. Planteamiento del Problema.....	9
IV. Objetivos	
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
V. Marco Referencial.....	11
6.1. Concepto.....	11
6.2. Clasificación.....	13
6.3. Factores de Riesgo.....	13
6.4. Fisiopatología.....	15
6.5. Manifestaciones Clínicas.....	16
6.6. Tratamiento y manejo general.....	17
VI. Diseño Metodológico.....	32
7.1 Tipo de Estudio.....	32
7.2 Área de estudio.....	32
7.3 Universo.....	32
7.4 Muestra.....	32
7.5 Operacionalización de variables.....	33
7.6 Técnica y Procedimiento.....	41
7.7 Cruce de variables.....	42
7.8 Aspectos éticos.....	42
VII. Resultados.....	44
VIII. Discusión.....	47
IX. Conclusiones.....	50
X. Recomendaciones.....	51
XI. Bibliografía.....	52
XII. Anexos.....	55

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.

Anexos 2. Tabla de Resultados.

Anexos 3. Gráficos de Resultados

I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en los países en desarrollos como en los desarrollados. Se estima que a nivel mundial un once por ciento de las mujeres que paren experimentan dicha complicación, lo que representa en números absolutos 13.7 millones de mujeres. En general dicha complicación se encuentran dentro de las cinco causas principales de mortalidad materna y en América Latina representa la segunda causa de muerte relacionada al embarazo y el puerperio con un 20.8%. (Ministerio de Salud, Abril 2013).

Se debe tener en cuenta que el enfoque de riesgo para HPP no ha logrado disminuir la aparición de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo, ya que por lo menos dos terceras partes de éstas se presentan en mujeres sin factores de riesgo. Lo principal es hacer un diagnóstico precoz para un adecuado tratamiento y prevención de complicaciones. Para considerar que existe un sangrado posparto anormal se requiere que el médico, con base en la observación, su experiencia y la presencia de signos clínicos de compromiso hemodinámico determine si la hemorragia es inusual. (Romero, 2001)

La mayor parte de muertes maternas por HPP son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), intervenciones quirúrgicas, así como, las transfusiones sanguíneas. (USAID, 2012). La conducta activa en el alumbramiento se asocia con reducciones notorias de resultados patológicos clínicamente significativos, incluida la hemorragia puerperal y la hemorragia puerperal severa, la anemia posparto y la necesidad de transfusión durante el puerperio. (Gonzalo A. Sotero-Salgueiro, 2006)

Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas derivadas de la hemorragia post parto, que ponen en peligro la vida de la parturienta y puérpera, y realizar un abordaje inmediato y adecuado a fin de evitar el agravamiento y muerte de la mujer, implementando acciones adecuadas basadas en la evidencias establecidas por protocolos de manejo y llevadas adelante por parte del personal de salud con competencia para reducir la razón de mortalidad materna.

Es conocido que la HPP en el Hospital de Boaco es una de las principales causa de morbilidad en el servicio de Ginec obstetricia. De cada 1000 parto han sucedido 12.5 eventos hemorrágicos y en los dos últimos años incluyendo el 2015 han sucedido 2 muerte materna por esta situación producto de hipotonía uterina. (MINSA - Hospital José Nieborowski, 2010 - 2014).

II. ANTECEDENTES

En Nicaragua. Martínez Castro (Managua, HFVP, 2004) estudió el MATEP en 355 pacientes sin HPP y el manejo de 12 casos de HPP. La mayoría de las pacientes presentaban factores de riesgo durante el embarazo siendo los más frecuentes bajo nivel socioeconómico, primigesta adolescente, multiparidad, Controles Prenatales (CPN) deficiente, infección de las vías urinarias entre otros. Las principales causas de hemorragia posparto la constituyeron la hipotonía uterina, desgarro del canal del parto y restos placentarios, siendo los fármacos más utilizados en este tratamiento oxitocina 10UI, dextrosa al 5%, Hartman y medidas no farmacológicas en todos los casos de HPP (masajes, legrado y reparación del desgarro). Encontrando que en la mayoría de los partos se cumplió con el MATEP, siendo los médicos residentes del III año quienes cumplen mayormente con la técnica. La frecuencia de HPP fue menor que la preexistentes en otros estudio de este hospital (3.2%) No se realizó ninguna histerectomía, ni muerte materna por HPP en el periodo de estudio. (Castro., 2004).

En el año 2005 el ministerio de salud realizo la primera investigación de competencia del personal de salud que brinda atención al embarazo, parto, puerperio, recién nacido y sus complicaciones. La investigación se hizo en dos momentos, evaluación del conocimiento y habilidades en donde participaron un total de 1,358 recursos humanos de 17 SILAIS del país. En habilidades se evaluaron 580 recursos, 43% del personal evaluado en conocimiento. Los resultados de esta investigación fueron la base para que el MINSA, en conjunto con las agencias y proyectos de cooperación externa, elaboraron normas, protocolos, y guías de práctica clínica, lo que permitió estandarizar el conocimiento a nivel nacional.

Así mismo se trabajó junto a las normas y protocolos, herramientas para la vigilancia y monitoreo continuo de la calidad un estudio cuasi experimental ante-después de los años 2005 y 2010 (pretest-postest) sin controles. Los criterios que se utilizaron para seleccionar al personal que participó en la evaluación del 2010 fueron: que el personal estuviese laborando en el área de atención a la madre durante el embarazo, parto, puerperio, recién nacido y además que atendiera las complicaciones que se derivan en cualquiera de estos eventos tanto de la madre como del recién nacido.

A nivel de hospitales la muestra fue de 30 recursos médicos y de enfermería, que laboraran en las salas de emergencias, obstetricia y neonatología. A nivel de los municipios la muestra fue de 10 recursos médicos y de enfermería. Participaron un total de 260 recursos de salud (156 médicos y

104 enfermeras) de siete hospitales y 12 municipios. Para el año 2005 el total de recursos participantes fue de 429 recursos (314 médicos y 115 enfermeras) en estas mismas unidades, la muestra fue mayor, debido a que en la encuesta de conocimientos se aplicó a dos terceras partes del personal que laboraba en el área de gineco-obstetricia y pediatría. Los escenarios cuyos resultados los promedios se encuentran por encima del promedio global 78.5% fueron MATEP, extracción manual de la placenta.

En la evaluación de conocimientos. En la de 2010, el personal de salud alcanzó un nivel de 72% incluyendo todos los temas abordados; hubo un incremento de 14 puntos porcentuales con respecto a los resultados del año 2005 (58% a 72%), estadísticamente estos resultados son significativos ($p < 0.001$). Los temas que alcanzaron los mayores porcentajes fueron: sangrado durante la segunda mitad del embarazo, sepsis puerperal, hemorragia post parto, manejo activo del tercer período del parto (MATEP), vigilancia del trabajo de parto, vigilancia del puerperio inmediato. (University Research Co., 2011).

Narváez, E (HBCR y HFVP Managua, 2007) realizó un estudio de utilización de medicamentos para describir la atención del parto antes y después de elaborar e implementar la Guía de Práctica Clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en 683 de estos eventos, la edad promedio fue de 22 años, encontrando en ambos hospitales mayor frecuencia en adolescentes y primigestas.

Sobre el tema en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque (HBCR) el 10.4% presentó Ruptura Prematura de Membranas (RPM) y la principal causa específica de HPP fue la hipotonía uterina (11.9%). En el desaparecido Hospital Fernando Vélez Paiz (HFVP), la principal causa de HPP fue RPM con un 20.5%, seguido de atonía uterina con 16.7%. (Narvaez Delgado, 2007)

Estudió desarrollado en el Hospital Alemán Nicaragüense (HAN) en Managua, sobre la terapia usada en el manejo de 279 puérperas, 44 de ellas con HPP (15.7%). Cincuenta mujeres recibieron algún medicamento entre el expulsivo y el alumbramiento, de ellas, 47 recibieron oxitocina y 2 recibieron ergometrina como tratamiento por hipotonía uterina. El 69.1% de las puérperas recibieron algún fármaco tras el alumbramiento, 39.6% ergonovina, (115 mujeres, 110 sola y 5 combinada con oxitocina). Sólo 15 mujeres (5.4%) recibieron oxitocina en esta fase, 10 de ellas como mono fármaco y 5 en combinación con ergometrina. (Nicaragua, protocolo Farmaco Terapeutico de la Hemorragia Post - Parto. Hospital Aleman - Nicaragauense, 2010)

Marengo, J (HAN-Managua, 2011) realizó un estudio descriptivo en el Hospital Alemán Nicaragüense, el cual se estudiaron 367 casos de los cuales 358 fueron sin HPP y solo 9 con HPP (2.4% de incidencia). La edad más frecuente fue, entre 20 y 34 años, primigestas, nulíparas, con embarazo a término, con CPN deficiente o nulo, con patología concomitante como asma, gastritis y anemia, siendo la causa principal de HPP la hipotonía uterina.(Marengo, 2011)

Toledo M (HRAJ, 2013) evaluó en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ) la aplicación del protocolo de HPP del MINSA, proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes. La paciente típica tiene entre 20-35 años, de procedencia rural, es ama de casa, en unión estable y con escolaridad primaria. Brinda información sobre antecedentes patológicos y obstétricos importantes como malnutrición, anemia, multiparidad y confirma a la atonía/hipotonía uterina como la principal causa asociada a HPP. Pero la contribución fundamental es la evaluación del deficiente cumplimiento del diagnóstico, clasificación y manejo de la HPP: no se realiza la clasificación del grado de shock, 30% no cumple medidas generales y manejo terapéutico según estándares, 26% no aplica el MATEP y cerca de la mitad no cumple criterios de alta, según el registro de los expediente incluidos en el estudio. (M.A, 2013)

Ortega S y Dávila S (HAN, 2013) estudiaron los factores relacionados con los 34 casos (0.25% del total de 13,733 partos) atendidos de HPP en el servicio de Gineco-Obstetricia en el bienio 2011-2012. La paciente típica tiene entre 20-35 años, es mestiza (100%), de procedencia urbana (100%).

Las patologías del embarazo, parto y puerperio reportadas fueron Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) e Infección de Vías Urinarias (IVU) (9% cada una), pre eclampsia, infecciones ovulares e infección puerperal (6% cada uno) y parto pretérmino (3%). En cuanto a las características del parto actual, se presentó parto espontáneo (79%), ruptura prematura de membranas (44%), desgarros (32%), menor de 37 SG (20%), placenta incompleta (16%), embarazo múltiple (6%), presentación pélvica (3%), óbitos (3%).

Las principales causas asociadas con la HPP fueron hipotonía uterina (53%), desgarros (18%), retención placentaria (6%), acretismo placentario (3%) y otras causas (20%). El 91% presentó anemia secundaria a la hemorragia.

En cuanto a calidad de la atención, sólo la mitad tiene exámenes clínicos y de laboratorio completos, se reportó consejería de planificación familiar (100%), uso de analgésicos (97%), uso de

antibióticos (94%), extracción completa de placenta (84%), transfusiones (84%), evaluación del partograma (68%), uso de oxitócicos (62%), inducción del parto (50%, principalmente por hipodinamia), episiotomía (41%), cesárea (18%), uso de corticoides (7%). Todos los casos fueron atendidos por médico general. Con respecto a la calidad de llenado fue inadecuada para los antecedentes de la gestación actual (18%), antecedentes obstétricos (11%), admisión del parto (9%) y para el resto de las secciones: enfermedades maternas, consejería, antecedentes personales e identificación (3% cada una). (S. 2013).

Largaespada, Mena y Rivera Lainez (HRSJ, 2013) evaluaron la aplicación del protocolo de HPP del MINSA en 25 mujeres (1% del total de partos en el período estudiado) atendidas por esta causa en el servicio de Maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe (HRSJ), proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes.

La paciente típicamente atendida por esta causa en el HRSJ tiene menos de 20 años (64%), procede del área urbana (84%), labora como ama de casa (96%), la mayoría (72%) sin antecedentes clínicos relevantes y es primigesta (60%). Las autoras confirmaron que la principal causa de HPP es la atonía uterina (80%), seguida de inversión uterina (8%), retención placentaria (8%) y desgarros (4%) respectivamente.

La evaluación del cumplimiento del protocolo de manejo y criterios de las normas terapéuticas publicadas por el MINSA en 2006 es alta, indica un buen cumplimiento (86%) e identifica brechas de calidad en aspectos específicos. Referente a los criterios de control y seguimiento posterior al evento obstétrico de las pacientes, no todos los criterios se cumplieron en su totalidad.

Los criterios estrictamente cumplidos en 100% de casos fueron: signos vitales, vigilancia del sangrado, estado de conciencia, administración de tratamiento y dieta adecuada. Los criterios de alta cumplidos en 100% fueron: referencia a unidad de salud, ausencia de sangrado, signos vitales en límites normales, herida quirúrgica sin complicaciones. No se cumplió el criterio de hematocrito en nivel normal (46%). (Lainez, 2013)

Antecedentes de estudios sobre HPP en Boaco.

No se encuentra antecedentes similares al estudio que realizaremos en el Hospital José Nieborowski en estos momentos, es importante señalar que el hospital relativamente es nuevo, inaugurado en el año 2009.

III. JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua en el periodo 2000-2011 se registraron 1169 muertes maternas de las cuales 482 fueron por hemorragia post parto secundarias a retención placentaria, atonía uterina, placenta previa y ruptura uterina. (MINSA, 2012).

La atención de los servicios de salud aun siguen demostrando debilidades clara reconocidas por sus cifras, a pesar de todas las acciones para mejorar la calidad a la atención al parto y puerpero. Reducir la muerte y morbilidades por HPP ha sido muy difícil. Hay necesidad de conocer si esta situación se debe a los procesos de atención producto del desconocimiento y aplicación correctamente de las normas y los protocolos a la atención de la embarazada, parto y puerperio. En el departamento de Boaco el Hospital José Nieborowski recién construido por la falta de accesibilidad a la salud que había y a las altas cifras que este departamento contribuye a nivel nacional de las muertes maternas de manera significativa. (Ministerio de Salud, 2008).

La mayor parte de las muertes maternas son evitables pero lógicamente con acciones específicas encaminadas a mejorar las cifras cada año, evaluar el comportamiento de las HPP y las acciones en cada uno de sus procesos para resolver y evitar una muerte es sin lugar a duda parte importante de contribuir en nuevas incidencias de mejoras constante.

Con el presente estudio se pretende realizar esa evaluación necesaria de lo sucedido en 5 años sobre el cumplimiento del protocolo del manejo de la HPP en aquellas mujeres que lo presentaron y de esta manera contribuir en la identificación de aciertos y debilidades que permitirán cambios que mejore la calidad de la atención de esta patología, ya que en los dos últimos años han sucedido dos casos derivada de dicha patología. Los resultados servirán de herramienta para la toma de decisiones encaminadas a mejorar las debilidades encontradas o reconocer acciones que realmente deben de persistir como barreras tendientes a que no existan hechos fatales, tanto para la gerencia como para el personal médico y de enfermería implicado en la atención.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál ha sido el cumplimiento de la norma para el manejo de la Hemorragia Post Parto en mujeres atendidas en el servicio de Ginec Obstetricia del Hospital José Nieborowski de Boaco en el periodo comprendido de Enero 2010 a Diciembre 2014?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General.

Evaluar el cumplimiento de la norma para el manejo de la Hemorragia Post Parto en mujeres atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital José Nieborowski de Boaco en el periodo comprendido de Enero 2010 a Diciembre 2014.

5.2 Objetivos Específicos.

1. Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres que tuvieron Hemorragia Post Parto durante el periodo de estudio.
2. Determinar las condiciones del parto de las mujeres con Hemorragia Post Parto.
3. Identificar los criterios que permitieron el diagnostico de Hemorragia Post Parto.
4. Conocer el cumplimiento de la terapéutica específica según causa de HPP que presentaron las mujeres en estudio.

VI. MARCO REFERENCIAL

Definición.

La HPP se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal o mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea. (Ministerio de Salud, Abril 2013) También se define como la caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea; así como a toda pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

Generalmente la pérdida es más cuantiosa en las multíparas que en las primíparas. (WHO, 1990) La cuantificación de una pérdida de 500cc, es considerada como punto de alerta a partir del cual aumenta el riesgo materno de shock hipovolémico. Cuando la pérdida sobrepasa los 1000 cc de sangre se la clasifica como HPP severa.

Una mujer afectada por HPP puede fallecer rápidamente (generalmente durante las dos primeras horas) a menos que reciba atención médica inmediata y adecuada. Cada minuto de demora, aumenta las probabilidades de muerte.

La causa más común de HPP, es la atonía uterina, la cual comprende una falla en la capacidad de contracción adecuada del útero después de la salida del recién nacido. Es importante tomar en cuenta que independiente de la etiología y factores de riesgo, toda mujer está expuesta a presentar HPP. (Gynuity Health Projects, 2006)

La hemorragia de origen obstétrico es la causa más frecuente de atención médica entre las urgencias obstétricas. Es considerada la primera causa de mortalidad entre las mujeres gestantes en todo el mundo. Ocurre con la frecuencia de 6,7 por 1000 partos. La mortalidad materna global es 530.000 casos anuales, una cuarta parte consecuencia de hemorragias obstétricas. Se estima que en el mundo mueren unas 140.000 mujeres por año (aproximadamente el 26.5% de la mortalidad materna a escala mundial), una cada cuatro minutos a causa de hemorragia obstétrica. Entre 70 y 75 % de la mortalidad materna por hemorragia se presenta en el posparto. Existen factores de riesgo asociados a la hemorragia, pero dos terceras partes de las pacientes con HPP no presentan factores de riesgo. Se considera 3 veces más frecuente en mujeres afroamericanas, comparadas con otros continentes. (Diana Campos López, 2014)

Etiología.

(Schwarcz-Sala-Duverges, 2005) Después del parto el útero se adapta a la reducción del volumen, retrayéndose sobre la placenta. Como ésta carece de esa propiedad, se establece una desproporción con aquél, la que pone en tensión las vellosidades coriales para separarlas luego. Simultáneamente, las contracciones del útero favorecen esta separación hasta que la completan, con el consiguiente descenso de la placenta a la vagina. Después del desprendimiento el útero realiza la hemostasia de la herida, gracias a que se retrae aún más, y las contracciones continúan su acción comprimiendo los vasos y éstos se ocluyen por la formación de trombos. (Gynuity Health Projects, 2006)

El inicio de una HPP está determinado por la alteración a cualquier nivel de las etapas antes mencionadas, por tanto, su etiología se resumen en 4 pilares principales.

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

- a) Sobredistensión uterina.
- b) Agotamiento de la musculatura uterina.
- c) Infección, corioamnionitis.
- d) Anomalía uterina.
- e) Fármacos útero-relajantes.

2. Trauma (20 %):

- a) Laceración cervico-vaginal.
- b) Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
- c) Ruptura uterina
- d) Inversión uterina

3. Retención de restos postparto (Tejido 10 %):

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

4. Alteraciones de la coagulación (Trombina):

- a) Alteraciones de la coagulación preexistentes.
- b) Alteración adquirida durante la gestación.

Clasificación.

- 1.** Hemorragia post parto inmediata: Es la que se produce en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.

2. 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.
3. Hemorragia del puerperio alejado: Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
4. Hemorragia del puerperio tardío: Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días.

Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo de HPP se asocian a su etiología, en tal caso, las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en 4 T:

1. TONO (atonía).
 2. TRAUMA (desgarros y laceraciones).
 3. TEJIDO (retención de restos).
 4. TROMBINA (alteraciones de la coagulación).
-
1. Para que se presente alteraciones del tono uterino:
 - a) Polihidramnios.
 - b) Malformaciones fetales.
 - c) Hidrocefalia.
 - d) Parto prolongado o precipitado.
 - e) Multiparidad.
 - f) RPM prolongada.
 - g) Fiebre.
 - h) Miomas uterinos.
 - i) Placenta previa.
 - j) Betamiméticos, Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.
 2. Trauma en músculo uterino:
 - a) Parto instrumentado.
 - b) Parto precipitado.
 - c) Episiotomía.
 - d) Malposición fetal.
 - e) Manipulación intrauterina fetal.
 - f) Presentación en plano de Hodge avanzado.

- g) Cirugía uterina previa.
- h) Parto Obstruido.
- i) Placenta fúndica.
- j) Tracción excesiva del cordón.
- k) Paridad elevada.

3. Tejido:

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

4. Alteraciones de la coagulación(Trombina):

- a) Hemofilia.
- b) Hipofibrinogenemia.
- c) Antecedentes familiares de coagulopatías.
- d) Púrpura Trombocitopénica Idiopática.
- e) Síndrome de HELLP.
- f) Coagulación Intravascular Diseminada (CID): preeclampsia, muerte intrauterina, infección.
- g) Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI).
- h) Embolia líquido amniótico.

Fisiopatología de la Atonía Uterina Post-alumbramiento.

Se trata de un cuadro en el que el útero después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia.

1. Factores Etiológicos:

A. Actividad contráctil insuficiente del útero para desprender o expulsar la placenta, debido a:

- a) Causas generales: el uso abusivo de drogas sedantes.
- b) Causas locales: malformaciones congénitas, distensión exagerada de la fibra muscular uterina (polihidramnios, embarazo gemelar), la degeneración de la fibra muscular (multiparidad, obesidad, fibromatosis uterina), agotamiento de la actividad contráctil del útero después de partos prolongados o difíciles, y la infección amniótica.

- B.** Anillos de Contracción, los cuales se deben a la contractura de una zona circular del útero (en un cuerno, en todo el segmento inferior o abarcando la zona que constituye el límite entre éste y el cuerpo) quedando la placenta retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, lo cual impide que el útero se contraiga y comprima los vasos abiertos.
- C.** Distocias Anatómicas o Adherencia Anormal de la Placenta: la placenta de implanta sobre una desidua basal defectuosa o ausente, por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina; así, se establecen entre la placenta y el miometrio fuertes puentes conjuntivos, y no existe el plano de clivaje formado por la desidua, el cual es necesario para que la separación se produzca normalmente, la hemorragia se genera al quedar vasos abiertos sobre el sector penetrante de placenta que queda sin desprenderse. Este proceso puede abarcar de forma total o parcial los sectores de implantación de la placenta. En cuanto al grado de penetración de las vellosidades, éste condiciona 3 variedades de adherencia:
- a) Placenta Accreta: cuando las vellosidades están firmemente adheridas al miometrio sin penetrar en él.
 - b) Placenta Increta: cuando las vellosidades se introducen en el miometrio pero no lo atraviesan.
 - c) Placenta Percreta: cuando las vellosidades atraviesan el miometrio y llegan hasta la capa serosa.

(Schwarcz-Sala-Duverges, 2005) En cualquiera de los casos anteriores, el cuadro clínico se caracteriza por la presencia de un útero, que después de haberse desocupado por completo, sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo; la consistencia es muy blanda y no se ha formado el Globo de Seguridad de Pinard. Al excitarlo manualmente se ve que se contrae, disminuye su tamaño y aumenta su consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. La ausencia de lesiones de partes blandas, de trastornos de la coagulación o de retención de restos placentarios confirma el diagnóstico. (Schwarcz-Sala-Duverges, 2005)

Métodos Diagnósticos.

1. Biometría hemática completa.
2. Tipo y RH.
3. Tiempo de sangría.

4. Tiempo de coagulación.
5. Tiempo parcial de tromboplastina (TPT).
6. Tiempo de protrombina (TP).
7. Recuento de plaquetas.
8. Glucemia.
9. Urea.
10. Creatinina.
11. Fibrinógeno.
12. Prueba de coagulación junto a la cama.

Tratamiento y Manejo General.

➤ PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

a) Durante la Atención Prenatal.

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

b. Durante el Parto:

Prevención de la hemorragia post parto.

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud del primer o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que

propicien la hemorragia post parto deben recibir atención que incluyan manejo activo del tercer período del parto (MATEP):

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de Ergometrina IM (si no está disponible la oxitócina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inducto-conducción.
2. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
3. Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

c. Durante la hemorragia post-parto:

➤ Primer Nivel de Atención

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

➤ Segundo Nivel de Atención

Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:

1. Mantener a la paciente normo-térmica con las medidas disponibles.
2. Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).
3. Posición de Trendelenburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).
4. Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. Recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.

5. Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 unidades de Paquete Globular de grupo O Rh negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.
6. Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusión de Paquete Globular, hay que transfundir 4 unidades de plasma fresco congelado (PFC).
7. En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal.
8. Realizar pruebas de BiometriaHematica Completa (BHC), plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
9. Por cada 6 uds de paquete globular transfundir 4 unidades de PFC cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).
10. Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada10 kg de peso corporal.
11. Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.
12. Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
13. Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica más la sistólica entre 3).
14. Antibioticoterapiaen todos los casos de HPP: 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.

Tratamiento y Manejo de HPP por Atonía Uterina.

1. Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitócina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 mili unidades por minuto). Si el sangrado continua administrar Ergonovina a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis

con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. (Ver Anexo No. 3). Si aún el sangrado continúa agregar Misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.

2. Masaje uterino continuo.
3. Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
4. 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.

Manejo Activo del Tercer Período del Parto (*MATEP*)

(Ministerio de Salud, Abril 2013) Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en domicilio o en una unidad de salud del primero o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto deben recibir atención que incluya MATEP.

El MATEP (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la HPP. En él se incluyen:

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de Ergometrina IM (si no está disponible la Oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inducto-conducción.
2. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
3. Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contra-tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

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

Tensión controlada del cordón umbilical.

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

- Tensione con una mano de manera controlada y firme el cordón umbilical pinzado en el momento de la contracción uterina, evaluando continuamente el grado de adherencia de la placenta a la pared uterina.
- Con la otra mano explore el abdomen y ejerza contra-tracción del cuerpo uterino y determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si este no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contra-tracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.
- Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).
- Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la Oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).
- Si a los quince minutos de aplicada la Oxitocina IM no se ha desprendido ni expulsado la placenta considerar una retención de placenta.

Nunca aplique tensión al cordón umbilical sin determinar la contracción uterina por encima del pubis con la otra mano.

- Una vez expulsada la placenta, ayude al nacimiento de las membranas, permitiendo que el peso de la placenta por gravedad efectúe tracción sobre las membranas o realice rotación de la placenta sobre las membranas que permitan su desprendimiento y expulsión. (**Maniobra de Dublín**).
- Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del Globo de Seguridad de Pinard (GSP). Debe orientarse a la paciente a fin de que continúe practicándose el masaje uterino.

Prueba de Coagulación Junto a la Cama.

(Ministerio de Salud, Abril 2013) Evalúa el estado de coagulación, mediante los siguientes pasos:

1. Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo de vidrio pequeño, limpio y sin anticoagulante (aproximadamente 10 mm x 75 mm).
2. Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ}\text{C}$).
3. Después de 4 minutos, incline el tubo lentamente para ver si se está formando un coágulo. Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que los coágulos sanguíneos y el tubo se puedan poner boca abajo.
4. La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.

Maniobras Para el Control del Sangrado Uterino.

A - Compresión Bimanual del Útero. (Ministerio de Salud, Abril 2013)

Preparación de personal.

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

Actividades previas.

- Equipo descartable para infusión intravenosa, soluciones intravenosas.
- Guantes estériles.
- Lubricante y antiséptico local.
- Ropa de atención del parto.
- Jabón y agua.

Precauciones.

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

Procedimiento inicial.

1. Observe si hay signos de shock.

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

Uso de Oxitócina.

(Salud M. d., 2014) La oxitócina es una hormona peptídica secretada por la hipófisis posterior que participa en el trabajo de parto y promueve la secreción de leche en las mujeres en lactancia. Durante la segunda mitad del embarazo, el musculo liso del útero muestra un incremento en la expresión de los rectores de oxitócina y se torna cada vez más sensible al efecto estimulante de la oxitócina endógena.

(Marco a. González, 2012 - 2013) Estimula la fuerza y frecuencia de la actividad contráctil en el musculo liso uterino, por activación del sistema adenilciclase y por producir un cambio de la permeabilidad de la membrana de la célula muscular lisa al sodio y favoreciendo la entrada del calcio.

La oxitócina se administra por vía intravenosa para inicio y aumento del trabajo de parto. También se puede administrar por vía intramuscular para el control de HPP. Su eliminación es a través del riñón e hígado. Tiene una vida media de 5 min. En pequeñas dosis, produce el incremento de la frecuencia de la fuerza de las contracciones uterinas; en dosis más altas, produce una contracción sostenida.

(Katzung, 2007) Entre sus otras funciones, la oxitócina causa contracción de las células mioepiteliales que rodean los alveolos mamarios, lo que ocasiona la expulsión de leche.

Presentación:

Solución inyectable de 10 UI en ampolla de 1 ml.

Indicaciones:

- Prevención de HPP como parte del MATEP.
- Tratamiento de HPP o Hemorragia Postaborto.
- Inducción del parto como alternativa al misopostol.

Contraindicaciones:

Desproporción céfalo - pélvica, contracciones uterinas hipertónicas, obstrucción mecánica del parto, sufrimiento fetal, cualquier otra condición donde el parto vaginal es desaconsejable (presentación anómala, placenta previa, abrupto placentae, prolapso de cordón, predisposición a ruptura uterina como el embarazo múltiple, polihidramnios, gran multiparidad y presencia de cicatriz uterina por cirugía mayor, incluyendo cesárea), pre eclampsia grave o enfermedad cardiovascular grave.

Precauciones:

Para inducción del parto: cuidado especial en casos límites de desproporción céfalo - pélvica, hipertensión gestacional o enfermedad cardíaca leve o moderada; mayores de 35 años o antecedentes de cesárea segmentaria baja; en caso de óbito o líquido amniótico meconial, en bloqueo anestésico caudal. Mantener vigilancia estricta sobre la velocidad de infusión, frecuencia cardíaca fetal y contractilidad uterina. Nunca administrar bolo IV durante el parto. Se debe de interrumpir de inmediato en caso de hiperactividad uterina o sufrimiento fetal. La administración prolongada de altas dosis de oxitócina con grandes volúmenes de líquido, puede causar sobrehidratación con hiponatremia; para evitarlo, use diluyentes con electrolitos (no glucosada), aumente las concentraciones de oxitócina para reducir los líquidos, restrinja la ingesta de líquidos y vigile líquidos y electrolitos.

Dosificación:

- Prevención de la HPP (MATEP): IM, 10 UI al momento de la expulsión del hombro anterior o inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes de la salida de la placenta. Si la paciente está canalizada administrar más bien IV, 5 UI lenta en vez de la vía IM.
- Tratamiento de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (postparto): administrar 500 ml de SSN al 0.9% IV más 2 UI de oxitócina, a 2 miliUI por minuto, modificar cada 30 min, según respuesta.

- Tratamiento de hemorragia en la primera mitad del embarazo (postparto):
 - Si el embarazo es menor de 12 semanas, la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado: administrar 20 UI en 500 ml de SSN al 0.9% a 40 gotas por min y modificar según respuesta.
 - Si el embarazo es mayor de 12 semanas: administrar 40 UI en 1000 ml de SSN al 0.9% o Ringer, iniciando a 40 gotas por min, modificar la concentración según respuesta hasta lograr la expulsión del producto.

- Inducción o conducción del parto: infusión IV, (no iniciar antes de 6 horas de administrado misoprostol) dosis inicial: 1 – 2 mUI/min, aumentando en 1 – 2 mUI/min a intervalos de 30 min, hasta un máximo de 3 – 4 contracciones en 10 min; velocidad máxima 2 mUI/min.

Efectos Adversos:

Náuseas, vómito, arritmia, dolor de cabeza, espasmo uterina (puede producirse a dosis bajas), hiperestimulación uterina (usualmente con dosis excesivas puede haber sufrimiento fetal, asfixia y muerte o hipertensión, contracciones tetánicas, lesión de tejidos blandos o rotura uterina), intoxicación acuosa e hiponatremia asociada a dosis altas e infusiones de grandes volúmenes.

Uso de Ergonovina.

La Ergonovina es un uterotónico derivado de los alcaloides del cornezuelo de centeno, los cuales son producidos por el hongo *Claviceps purpurea*.

(Katzung, 2007) Su potente efecto estimulante sobre el útero está estrechamente relacionado con los efectos agonistas parciales sobre los receptores alfa adrenérgicos y de dopamina. (Salud, 2014)

Presentación:

Solución inyectable de 0.2 mg (200 mcg/mL), ampolla de 1 ml.

La mayor parte de muertes maternas por HPP son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP) intervenciones quirúrgicas, así como, las transfusiones sanguíneas. (USAID,

2012)Prevencción o tratamiento de la HPP y postaborto, en situaciones de urgencia o cuando la oxitócina no está disponible.

Contraindicaciones:

Inducción del parto durante el primer y segundo estadio, enfermedad vascular, Hipertensión Arterial (HTA), enfermedad cardíaca grave (especialmente angina de pecho), alteración hepática e insuficiencia renal, sepsis y eclampsia.

Precauciones:

Por su respuesta vasomotora, la cual produce un aumento en la presión arterial de hasta 20mmHg, no debe utilizarse IV en pacientes con hipertensión, enfermedad cardíaca, insuficiencia hepática o renal, gestación múltiple.

Dosificación:

- Prevencción y tratamiento de HPP, cuando la oxitócina no está disponible: 0.2 mg (200 mcg) IM, después de la salida del hombro anterior o inmediatamente después de la salida del bebé.
- Sangrado uterino excesivo: 0.2 – 0.4 mg (200 – 400 mcg) IM o IV lento (no menos de 1 min).

Efectos Adversos:

Frecuentes: náuseas, vómitos, cefalea, mareo, tinnitus, palpitaciones, dolor abdominal, dolor torácico, bradicardia, HTA transitoria, disnea, v vasoconstricción.

Muy raro: Accidente Cerebro Vascular (ACV), infarto al miocardio y edema pulmonar.

Uso de Misoprostol.

(Salud M. d., 2014) El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1.

Presentación:

Tableta de 200mcg, tableta de 25mcg.

Indicaciones:

- De primera elección para la maduración del cuello uterino e inducción del trabajo de parto de preferencia por vía oral.
- Prevención de la HPP, cuando la oxitócina o Ergometrina no está disponible.
- Tratamiento de la HPP, como alternativa a la oxitócina.
- Manejo del aborto.
- Alternativa en el tratamiento de úlcera benigna del duodeno o estomago (incluyendo úlcera por Antiinflamatorios No Esteroideos-AINE) y prevención de úlcera por AINE.

Contraindicaciones:

Placenta previa, sangrado vaginal inexplicable durante el embarazo, ruptura de membranas, desproporción cefalopélvica, presentaciones distócicas, historia de cesárea previa o cirugías uterinas mayores, infecciones intrapélvicas, gran múltiparas o embarazos múltiples.

Precauciones:

La dosis inicial, el intervalo entre dosis y la dosis máxima varían considerablemente debido a una respuesta individual. Nunca administrar junto con oxitócina o dentro de un mínimo de 6 horas de haber usado oxitócina.

Dosificación:

Para la administración vaginal, la tableta se coloca en posición alta en el fondo del saco posterior de la vagina.

- Inducción del parto: la OMS recomienda usar de preferencia la vía oral 25mcg PO cada 2 horas y como alternativa 25mcg vía vaginal cada 6 horas.
- Prevención de la HPP: 600mcg PO u 800mcg sublingual.
- Tratamiento de la HPP: 600mcg PO, sublingual o rectal según la condición de la paciente.
- Aborto:
 - Aborto en curso, inevitable o incompleto:
<12SG: 800mcg por vía vaginal.

13 – 17SG: 200mcg por vía vaginal, repetir a las 4 horas si es necesario.

18 – 26SG: 100mcg por vía vaginal, repetir a las 4 horas si es necesario.

- Aborto frustrado, diferido o huevo muerto retenido y en el embarazo anaembriónico: 800mcg vía vaginal dosis única o 600mcg sublingual.
- Aborto séptico, si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado: 400mcg PO, repetir a las 4 horas si es necesario.
- Postlegrado: 400mcg rectal, repetir a las 4 horas si es necesario.

Efectos Adversos:

Hiperestimulación uterina, ruptura uterina, sufrimiento fetal. Menos frecuentes: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, flatulencias, dispepsia, rash cutáneo y vértigo.

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.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio.

Fue descriptivo de corte transversal.

7.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el servicio de ginecobstetricia del Hospital José Nieborowski del Departamento de Boaco, ubicado en el sector noroeste del casco urbano de la ciudad, dicho municipio queda en la región central del país a 88km de la capital Managua. El Hospital cuenta con 30 camas censales en obstetricia, existe un promedio anual en los últimos 5 años de 3,746 ingresos de pacientes en este servicio.

7.3 Población de estudio:

Fueron todas las mujeres en edad fértil que ingresaron al hospital durante el periodo de estudio y que tuvieron HPP inmediato, diagnosticada y manejada en dicha unidad asistencial en el periodo de Enero 2010 hasta Diciembre del 2014. En este periodo se han atendidos 15,239 parto y de estas 192 presentaron HPP. (MINSa - Hospital José Nieborowski, 2010 - 2014)

Muestra

Fue por conveniencia, se tomó a todos los casos que sucedieron durante el periodo de estudio, ya que la cantidad es considerada sin implicaciones de problema para tomarlos a todos. Por tanto el total serán 148 casos de HPP que sucedieron en los 5 años.

Criterios de inclusión y exclusión:

- ✓ Todos los expedientes de pacientes de 13 años y más edad, procedentes de diferentes regiones del departamento de Boaco sin importar el estrato social, religión, escolaridad y estado civil. Que padecieron de HPP atendidas y tratadas en el servicio de Ginecobstetricia. El evento pudo haber sucedido inmediatamente al parto o en el puerperio.
- ✓ Se considera que la HPP al incluirlas en el estudio, sucedieron por nacimiento vaginal o cesárea ya sea parto inducido o espontaneo.

Exclusión:

Se excluyeron los expedientes de la pacientes con HPP que tuvieron vicios es; decir paginas rotas sucias o manchadas que dificultaron la toma de información. También los expedientes que no cumplan los criterios de inclusión.

7.4 Operacionalización de variables:

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Objetivo 1				
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la edad cumplida en años actualmente		Años	13 a 20años 21 a 34 > 34
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la mujer participante del estudio según dato registrado en el expediente clínico.		Analfabeta Solo lee y escribe Primaria Secundaria Universitario	Bajo nivel escolar Alto nivel escolar
Estado Civil	Condición jurídica civil de las mujeres en relación a otra persona con quien vive según registro de expediente		Casada Unión libre Soltera Viuda Divorciada	Acompañadas Solos
Procedencia	Lugar geográfico donde habita Se considera urbano según dato registrado en expediente.		Según registro de expediente clínico.	Urbano Rural
Objetivo 2				
Numero de Gestación	La cantidad de embarazo que ha tenido desde el inicio de su vida reproductiva independiente que haya culminado o no. según registro en el expediente		Embarazo anteriores	Ninguna 1 a 2 3 y +

Tipo de embarazo	La cantidad de producto que fueron concebidos en el embarazo actual		Único 2 o más (múltiple)	Si/no
Tipo de Parto	Referido a la forma como se dio el inicio del parto y la vía utilizada para abandonar la cavidad uterina		Parto inducido Parto espontaneo Parto vaginal Parto por cesárea	Si/no Si/no
Realización de Kristeller	Técnica manual compresiva sobre el útero materno utilizada para ayudar el expulsivo		Maniobra realizada según registro	Si/no
Duración del trabajo de parto	Tiempo estimado que duro desde que el cuello uterino tiene más de 5 cm de dilatación hasta más 60% de dilatación.		Min	15 a 20 min 21 a 30 > 30
Duración del expulsivo	Tiempo estimado que duro desde la salida del producto hasta la expulsión de la placenta		Min	15 a 30 31 a 45 > 45
Objetivo 3				
Hemorragia post parto	Cantidad hemática mayor de lo normalmente esperado en el parto o la cesárea en una mujer por causas especifica reconocida como factores de riesgo y datos objetivo del hematocrito que lo demuestra	Parto Vaginal. Parto por Cesárea. Causa de la Hemorragia Post Parto.	Mayor 500cc Mayor 1000cc Desgarro cuello, vagina o periné Rotura uterina Inversión uterina Atonía uterina Coagulopatía materna Retención de la placenta. Retención de Fragmentos	Si/no Si/no Si/no

		Evidencia de Hto previo y post hemorragia	<p>Placentarios</p> <p>Previo Porcentaje</p> <p>< 25 25 a 30 31 a 35 36 a 42</p> <p>Porcentaje posterior</p> <p>< 25 25 a 30 31 a 35 36 a 42</p>	
Objetivo 4				
Acciones específicas por causa de hemorragia post parto	Todas las acciones especifica por causa de hemorragia post parto dirigida a controlar mejorar y evitar daños a la mujeres recién paridad que realizaron dándole cumplimiento a lo establecido	Atonía Uterina	<p>Realizó masaje uterino</p> <p>Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra</p> <p>Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.</p> <p>Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM).</p> <p>Ergometrina contraindicada en hipertensión.</p> <p>Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.</p> <p>Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).</p> <p>Si se requirió transfusión, se realizó la misma.</p> <p>Si el sangrado</p>	Si/no/NA

		<p>continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.</p> <p>Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera. - Mantuvo la</p> <p>En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud:</p> <p>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.</p> <p>Desgarro del cuello uterino de la vagina y el periné</p>	<p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución</p> <p>Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.</p> <p>Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros</p>	Si/no/NA
--	--	--	--	----------

		Retención placentaria	<p>de cuello uterino, vagina o periné.</p> <p>Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.</p> <p>Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p> <p>La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante</p> <p>Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.</p> <p>Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.</p> <p>Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante: -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).</p> <p>Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo:</p>	Si/no/NA
--	--	-----------------------	--	----------

		Inversión uterina	<p>-Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé).</p> <p>Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.</p> <p>Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p> <p>Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).</p> <p>No aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.</p> <p>Si la mujer tenía dolor severo, aplicó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.</p> <p>Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.</p>	Si/no/NA
--	--	-------------------	---	----------

		<p>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 500mg IV.</p> <p>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 24hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.</p> <p>Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p> <p>Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.</p> <p>Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata para extraer bebé y placenta.</p> <p>-Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que</p>	Si/no/NA
--	--	--	----------

			<p>histerectomía, reparó el útero.</p> <p>Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.</p> <p>-Se realizó esterilización quirúrgica</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p>	
Nivel de cumplimiento de protocolo de HPP	El porcentaje de acciones realizadas de acuerdo a lo establecido en la norma que permitieron dar respuesta al problema	Indicadores de sucesiones de eventos cumplidos necesario	Porcentaje	<p>Sin evaluación</p> <p>Menos de 80% de cumplimiento</p> <p>Más de 80% de cumplimiento</p>

7.5 Obtención de la información

7.5.1. Fuente de información.

Fue secundaria se tomó de los expedientes clínicos que se encontraban en archivos del área de estadísticas del hospital.

7.5.2. Técnicas e Instrumento:

Para cumplir con el objetivos del estudio se formuló un instrumento de recolección de la información basado en indicadores de cada uno de los objetivos específicos planteados que se esperaba alcanzar, contienen preguntas sobre datos generales de las gestantes, condiciones del parto, el diagnóstico de la HPP, y las actividades realizadas en el manejo específico de cada causa de HPP todo esto en relación a los indicadores de evaluación del manejo establecido por la norma del ministerio de salud para dicha patología, (Nicaragua, Protocolo para la atención de las complicaciones obstetricas, 2013). La mayoría de las preguntas eran cerradas para especificar las repuestas.

Para validar el instrumento se revisaron 10 expediente, cumpliendo satisfactoriamente con la recolección de datos de manera adecuada e identificando que la información solicitada se encontró

en los expedientes. Se solicitó por escrito el permiso de la dirección del hospital para que permitiera la realización de este estudio, también a la responsable de archivo para acceder a los expedientes de las pacientes que presentaron HPP. La información fue recolectada por las mismas investigadoras realizándose en 4 semanas.

Los datos fueron introducidos en una base electrónica construida en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS 21.0 para Windows.

7.6 Procesamiento de la información

Se realizaron tablas de frecuencia que permitieron identificar datos de interés para realizar cruces de variables. En el caso de valorar el cumplimiento de la norma se hizo de acuerdo al número necesario de acciones requeridas en total para dar respuesta al problema en relación a las acciones que si realizó el personal de salud para establecer que el manejo fue adecuado debe de cumplir más 80% de lo establecido por cada causa que fue y luego este valor de cumplimiento se analizó con el diagnóstico establecido.

La presentación de los resultados fue en cuadros y gráficos construidos por el programa Microsoft office, Word y PowerPoint.

7.7 Cruces de variables:

- 1) Causa de HPP según Edad en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia.
- 2) Causa de HPP según Antecedente de gestación en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia
- 3) Causa de HPP según el tipo de Nacimiento en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia.
- 4) Causa de HPP según el tiempo del alumbramiento en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia.
- 5) Terapéutica realizada en caso de Atonía Uterina en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia.
- 6) Terapéutica realizada en caso de Desgarro de cuello, vagina y periné en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia.
- 7) Terapéutica realizada en caso de Retención Placentaria en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia.
- 8) Terapéutica realizada en caso de Retención de fragmentos Placentarios en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia.

9) Nivel de Cumplimiento de protocolo según causa de HPP en Mujeres atendidas en servicio de Ginecología

7.8 Aspectos éticos

La información recolectada es con fines investigativos la cual fue anónima. Los resultados se publicaran y van a ser dados a conocer en la institución donde se realizó el estudio para contribuir de alguna manera en mejorar la atención a esta problemática.

El permiso solicitado a la dirección también es parte de la publicación de los resultados. Los datos son revelados de igual manera que se encuentren en los expediente respetando lo consignado sin establecer suposiciones de los mismo.

VIII. RESULTADOS

El 58.1% de las mujeres que presentaron HPP tenían edades de 20 a 34 años. El nivel de escolaridad del 53.4% era primaria, el 55.4% su estado civil era acompañadas, procedente el 66.9% del área rural. (Ver tabla 1).

Al investigar las condiciones del parto se identificó que 87.2% eran Bi y Trigesta, el 99.3% tenían embarazos únicos. El 76.4% el evento de la HPP fue posterior a parto vaginal y el 23.6% fue por cesárea. Solo al 4.7% de los expedientes de mujeres investigado se encontró que les realizaron Kristelle 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. (Ver tabla 2).

Las causa de HPP identificadas 56.8% ocurrieron por Atonía Uterina seguido de desgarro del cuello, vagina y periné en el 23.0% de las mujeres atendidas y 10.8% fue por retención placentaria. Se logró identificar que 56.8% de las mujeres antes de la HPP presentaban Hto de 37 a 42.0% y después de la HPP tuvieron el 77.7% un Hto menor de 28% respectivamente. (Ver tabla 3).

Al relacionar las variables; causa de HPP y edad entre 20 a 34 años se encontró que el 31.1% la causa fue por atonía uterina en adolescentes la misma causa se presentó en el 20.3%. Los procedentes del área rural 39.9% eran los más afectados. Se identificó que el 20.3% de las mujeres Bi y Trigesta 20.3% tuvieron desgarro del cuello, vagina y periné.

Tanto en el parto como en la cesárea, la causa más frecuente de HPP 34.5 y 22.3% fue la atonía uterina. El 5.4% de las Mujeres q tuvieron desgarro del cuello, vagina y periné le realizaron Kristelle. El 50.0% de las causa de HPP producto de atonía uterina el alumbramiento duro menos de 15 minutos. También se observó que el caso de retenciones de fragmento y placenta 6.8% duro menos de 15 minuto. (Ver tabla 4).

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). Posteriormente al 25.0% continuó con hemorragia y le aplicó Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L). Al 72.6% se requirió hacerle transfusiones.

Hubo 9.5% de las mujeres que el sangrado continuo y se realizaron compresiones bimanuales del útero o compresión de la aorta abdominal al 7.1% la compresión la mantuvieron hasta controlar el sangrado pero 4.7% que requirieron cirugía o traslado a otra unidad mantuvieron la compresión. Se identificó que el 7.1% fueron referido oportunamente a un nivel de mayor resolución. (Ver tabla 5)

Las acciones en el caso de HPP causada por desgarro del cuello, la vagina y periné ocurrieron en 34 mujeres de estas a la 85.3% se Sospecharon el desgarro al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal y el 88.2% examinaron cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros y al 94.1% se les reparo desgarro identificado y refirieron a 2.9% de las mujeres que padecieron esta causa de HPP. (Ver tabla 6).

Las mujeres con HPP por causa de retención placentaria o fragmentos fueron 16 y 11 respectivamente. El 88.4% la placenta no se expulsó después de 15 min con manejo activo ó 30 min con manejo expectante y a 72.7% palparon dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos. Solo al 47.1% de las mujeres que no se expulsó la placenta en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé). En total 58.8% realizaron extracción manual de la placenta. De las 11 mujeres con fragmentos placentario 81.8% se les extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa. En 2 mujeres el 18.2% se pensó en coagulopatía porque continuaron sangrando. (Ver tabla 7 y 8).

En el caso de las mujeres con HPP por causa de inversión uterina fueron solamente 2 de estas solamente a una el 50.0% se le corrigió de inmediato preferiblemente con sedación o anestesia general. A las dos les aplicaron Oxitócicos antes de reducir la inversión, solo a una le aplicaron antibiótico profiláctico en una se sospechó en necrosis y fue referida oportunamente. (Ver tabla 9).

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% de las actividades y en este mismo caso 22.6% no se les realizo nada. (Ver tabla 10).

IX. DISCUSIÓN

Según afirma otros estudios la principal causa de HPP conocida es la atonía uterina, según los antecedentes de estudios realizados en Nicaragua antes de la divulgación y aplicación de las normas las cifras entre las otras causa no sobre pasaban más 30.0%. Actualmente se reconoce la importancia del MATEP y que la única forma de evitarlo es que el clínico piense que cualquier mujer puede presentarlo y que hacer para evitar algunos factores desencadenantes, en la actualidad las cifras en algunos hospitales como en HRSJ que era de 80.0% o el HAN que fue de 53.0%, cifras similar a los hallazgos de este estudio que fue de 56.8%. Estos resultados pueden deberse a una mejor clasificación del problema o se puede pensar en la posibilidad de los cambios sociodemográfico de la población, que actualmente acuden más al parto institucionalizado o el simple hechos de incrementarse la mayor demanda de mujeres gestante.

La incidencia en cuanto a la cifra de caso de HPP debido a atonía persiste como causa principal en los mismo grupo poblacionales de mujeres; entre 20 a 34 años, con baja escolaridad, y del área rurales, que han tenido entre 1 a 2 hijos, datos similares en todos los otros estudio revisados. Existe elementos que sucedieron en el momento de parto considerados como un mal actuar en la atención como la realización de Kristelle que ocurrió en 7.4% de las mujeres que tuvieron HPP y como principal causa del 5.3% de desgarro de cuello, vagina y periné que es muy bien conocido que esta maniobra contribuye de manera significativa a dicha causa.

Debió ser interesante, pero no era objetivo de este estudio observar la dinámica del trabajo de parto utilizando la curva del partograma, ya que es notorio como un buen porcentaje presento la culminación del trabajo de parto en menos de 4 horas. Y otra situación también es que el mayor número de mujeres con atonía uterina su alumbramiento duro menos de 15 minutos seguido de quienes presentaron desgarro del cuello, útero y periné. Realmente no se encontró evidencia posible que determinara este comportamiento, pero sin embargo se plasma de esta manera para que autoridades del hospital investiguen al respecto.

Sobre el hecho de que presentaron hemorragia o no quedo demostrado según cifras de perdidas hemática en el parto como en la cesárea y se observa el amplio margen entre la

cantidad de Hematocrito que presentaron antes como después del suceso, algunas mujeres más de la mitad, sus niveles eran excelentes 37 a 42% y después de HPP había el 2.0% de ellas que presentaban estos niveles y más de dos tercera parte sus niveles fueron inferior a 28% que de estas la mitad requirió transfusión.

La aplicación del protocolo es de obligatorio cumplimiento en todos los servicios de salud públicos y privados que brinde atención materno infantil con el propósito de estandarizar y mejorar la calidad de atención, a pesar de se menciona la obligatoriedad observamos que de 84 mujeres que tuvieron atonía uterina en 19 de ella no se le realizó nada de lo que esta normado. El estudio de Toledo M (M.A, 2013) señaló que en el HRAJ era deficiente. Quedo demostrado que 73.0% de los casos con atonía uterina no cumplieron el 80.0% de lo que esta normado siendo también deficiente y los datos radican en la verificación de la placenta la documentación del masaje uterino, aunque se sabe que dos tercio de estos caso requirieron transfusión. Hubieron muchas que no tenían descrito el uso de oxitocina y los caso que tuvieron seguimiento por falta de resolución de la HPP las técnica se demostraron por q fueron cesáreas y presentaron el incidente.

no podemos obviar que puede existir falta de consignación de datos en los expedientes pero sin embargo es lo que legalmente representa las acciones realizada. Señalamos esto porque encontramos en el caso de HPP producto del desgarro de Cuello, Vagina y Periné que sospecharon en 29, se examinaron a 30 y se reparó el daño a 32. Obviamente esta inconsistencia se debe a la falta de registro. La diferencia entre una y otra situación es mínima es la razón por lo que el manejo y el cumplimiento de la norma cumple más de 80.0% considerado como adecuado, El caso de la paciente que presento desgarro de vagina aunque se reparo fue referido a una unida de mayor resolución por presentar coagulopatía.

En el caso de la retención placentaria o de los fragmento se cumplió más 80.0% de lo normado en este último caso que en la retención placentaria debido a que hay un mal diagnóstico de dos casos y porque no se actuó con lo establecido, debilidades con el uso de oxitocina las maniobras indicadas no se realizaron. Mientras que en la retención de placenta el problema mejoro rápidamente en el mayor número de casos extrayendo los resto y se hizo el traslado adecuado de las pacientes que lo requiriendo.

Fueron pocos los casos que presentaron inversión uterina sin embargo uno de los casos se sospecha de necrosis y pareciera entonces la razón de no realizar ningún procedimiento y se traslada a un nivel mayor de resolución. Observa que a las 2 pacientes se les aplica oxitocina no se cuenta con evidencia para demostrar si esta fue la razón de la necrosis. en definitiva la terapéutica no cumple más de 80.0% de los normado.

X. CONCLUSIONES

1. La población mayormente afectada con HPP en este estudio se reafirma que son las que están en edades óptimas de su reproducción con nivel educativo bajo y de área rurales, situación que demuestran que las mujeres más necesitadas es la más vulnerable a la morbi – mortalidad relacionada a la gestación.
2. Las condiciones del parto en estas mujeres en su mayoría ya habían tenido 1 a 3 embarazos, y este momento con parto único. Hay evidencia que demuestran actos del personal de salud que puede incidir en la causa de la HPP como el uso de Kristelle en algunas de ella, y la evolución rápida del parto, y de igual forma el alumbramiento.
3. La causa de HPP por atonía uterina es la principal seguida de los desgarro de cuello, vagina y Periné, la primera alcanza cifras de la mitad de todas las otra causas y aunque se demuestra inconsistencia al momento de establecer la clasificación diagnostica el amplio margen de resultado entre el hematocrito antes y posterior a la HPP permite la confirmación del suceso.
4. La terapéutica protocolizada por causa específica de HPP no alcanza el 80.0% de cumplimiento en las mayoría de los casos exceptuando las que tuvieron desgarro del cuello, vagina y periné que con el acto de identificar y reparar el daño resolvían mientras que las otras situaciones su debilidades están en establecer el diagnóstico, las medidas de prevención y el uso de oxitocina así como inconsistencia en la sucesión de acciones del manejo para resolver el problema.
5. Hay evidencia que demuestra total incumplimiento de la actuación terapéutica en un menor número de mujeres con HPP basado principalmente inconsistencia del uso de del MATEP.

XI. RECOMENDACIONES

1. A nivel hospitalario los gerentes deben de garantizar que el personal de salud documente de manera clara la sucesión de eventos del actuar terapéutico basado en la norma de HPP tomando en cuenta los resultados encontrados para subsiguientes evaluación sistemática que permita el fiel cumplimiento.
2. A vez se debe de evaluar sistemáticamente puntos específico del actuar del personal de salud y establecer prohibiciones como el uso de Kristelle o la falta de monitoreo según curva del partograma y el tiempo de alumbramiento abrupto o muy pronto que genera la sospecha de mala praxis.
3. A nivel del responsable del servicio de maternidad este debe de garantizar que el personal conozca y haga prácticas de manejo de las complicaciones basado en lo establecido según norma.
4. A nivel de los responsables de programa del SILAIS monitorear las cifras de HPP utilizando como evidencia el uso de la necesidad de transfusiones realizadas en el servicio de maternidad. Para realizar la auditoria específicas de cada caso.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Castro., V. M. (2004). *MATEP y Manejo de la Hemorragia Post Parto en el Hospital Fernando Velez Paiz.* . Managua : UNAN - MANAGUA .
- Diana Campos López, G. V. (2014). <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145r.pdf>. (LXXI), 787.
- Gahres EE, A. N. (1962). Intrapartum blood loss measured Cr51-tagged erythrocytes. En *Obstet Gynecol.*
- Gonzalo A. Sotero-Salgueiro, C. G. (Junio a Septiembre de 2006). http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a03v52n3.pdf. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* , 52(3), 142.
- Gynuity Health Projects. (2006). *Hemorragia postparto: Un desafío para la maternidad segura.* Montreal, Canada: Green Communication Design.
- Katzung, B. G. (2007). *Farmacología Básica y Clínica.* México: Manual Moderno.
- Lainez, L. I. (2013). *Cumplimiento del protocolo de Hemorragia post Parto según norma y protocolo para la atención de las complicaciones obstetricas en pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe. Junio 2012 - Junio 2013.* Managua: UNAN - MANAGUA. Tesis monografica.
- M.A, T. (2013). *Aplicación del Protocolo de Hemorragia post parto establecido por el MINSA en pacientes atendidas en el hospital Asunción Juigalpa de Enero a Mayo del 2013.* Managua : UNAN - Managua. Tesis Monografica .
- Marco a. González, W. D. (2012 - 2013). *Manual Terapéutico.* Medellín, Colombia.
- Marengo, J. (2011). *Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto y La HPP en el HAN.* Managua.
- Ministerio de Salud. (2008). *Política Nacional de Salud.* Managua.
- Ministerio de Salud. (Abril 2013). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas - Normativa 109.* Managua.

- MINSA - Hospital José Nieborowski. (2010 - 2014). *Estadísticas Vitales de Salud*. Boaco : MINSA .
- Narvaez Delgado, E. J. (2007). *Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo HPP en dos Hospitales de Managua* . Managua, Nicaragua: Universidad Autónoma De Barcelona.
- Nicaragua, M. . (2010). *protocolo Farmaco Terapeutico de la Hemorragia Post - Parto. Hospital Aleman - Nicaraguense*. Managua.
- Nicaragua, M. . (2012). *Estadísticas Vitales para la Salud* . Managua .
- Romero, J. A. (2001). <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias15.pdf>. Recuperado el Junio de 2015
- S., O. S. (2013). *Factores de Riesgo de Morbi - Mortalidad por Hemorragia Post Parto en Mujeres Atendidas en el Hospital Alemán - Nicaraguense en el Periodo de Enero a Diciembre 2012*. Managua: UNAN - MANAGUA. Tesis Monografica.
- Salud, M. d. (2014). *Formulario Nacional de Medicamentos*. Managua.
- Sandoval, D. E., & Pérez Olivo, J. (2013). *Informe del Evento Movilidad Materna Extrema*. Colombia: Instituto Nacional de Salud.
- Schwarcz-Sala-Duverges. (2005). *Obstetricia* (6ta ed.). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- University Research Co., L. (. (2011). *Evaluación de competencias del personal médico y de enfermería que brinda atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y sus complicaciones en cinco SILAIS de Nicaragua Comparativo 2005 y 2010*. Managua .
- USAID, OMS. (2012). *Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y el tratamiento de la HPP*. Ginebra.
- WHO. (1990). The prevention and management of postpartum haemorrhage.

X. ANEXOS



Anexo 1.

Instrumento de recolección de la información

Cumplimiento de la norma para el manejo de hemorragia post – partos en mujeres atendidas del servicio de Ginec Obstetricia. Hospital José Nieborowski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

I. Características generales de las pacientes.

1. Edad de la paciente: ___/___ años
2. Escolaridad: Solo lee y escribe ___ analfabeta ___ primaria ___ secundaria ___ Universitario ___
3. Estado civil: Casada ___ Acompañada ___ Soltera ___ Otros ___
4. Procedencia: Urbano ___ Rural ___

II. Condiciones de Parto.

5. No de gestación. _____
6. Tipo de Embarazo, Único ___ Múltiple ___
7. Parto Inducido ___ Parto Espontaneo ___ Parto Vaginal ___ Parto por Cesárea ___
8. Realización de Kristeller en el expulsivo. Sí ___ No ___
9. Duración del trabajo de parto ___ hrs. Duración del Alumbramiento ___ min.

III. Diagnóstico de Hemorragia Post - Parto.

10. Perdida Sanguínea Mayor de 500cc en el parto. si ___ no ___
11. Perdida Sanguínea Mayor de 1000cc en la cesárea si ___ no ___
12. Causa identifica; a) Desgarro cuello, vagina o periné. ___ b) Rotura uterina. ___ c) Inversión uterina. ___ d) Atonía uterina. ___ e) Coagulopatía materna. ___ f) Retención de la placenta. ___ g) Retención de Fragmentos Placentarios ___
13. HTO antes de la HPP ___ HTO posterior a la HPP ___

IV. Actividades realizadas en el manejo de HPP por causas.

Acciones específicas realizadas por causa de HPP	Respuesta		
	Si	No	NA
a) ATONÍA UTERINA			
-Realizó masaje uterino			
-Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra			
-Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.			
Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM).			
No aplico Ergometrína por estar contraindicada en hipertensión en caso de padecer.			
Si aplicar Ergometrína se requirió aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.			
-Continuó hemorragia: se aplicó Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).			
-Si se requirió transfusión, se realizó la misma.			
-Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.			
-Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.			
-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.			
-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución			
b) DESGARRO DE CUELLO, VAGINA O PERINÉ.			
-Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.			

-Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.			
-Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.			
-Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.			
-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.			
C) RETENCIÓN PLACENTARIA			
-La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante			
-Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.			
-Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.			
-Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical)..			
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:			
-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:			
-Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé).			
-Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.			
-Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.			
-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.			
d) RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS.			
-Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.			
-Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.			
-Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.			
-Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.			
Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.			
e) INVERSIÓN UTERINA			
-Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).			
- NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.			
-Si la mujer tenía dolor severo, aplicó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.			
-Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.			
-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 500mg IV.			
-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 24hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.			
-Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.			
-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.			
f) RUPTURA UTERINA.			
-Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.			
-Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata para extraer bebé y placenta.			
-Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.			
-Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.			
-Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).			
-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.			

Anexos 2.

Resultados

Tabla no. 1

Características de las Mujeres de con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 148

Características Generales	Frec.	%
Edad		
< 19 años	47	31.8
20 a 34	86	58.1
> 35	15	10.1
Escolaridad		
Analfabeta	28	18.9
Primaria	79	53.4
Secundaria	36	24.3
Universitario	5	3.4
Estado Civil		
Casada	42	28.4
Acompañada	82	55.4
Soltera	24	16.2
Procedencia		
Urbano	49	33.1
Rural	99	66.9

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no. 2

Condición del Parto de las Mujeres con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginec obstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 148

Condiciones del parto	Frec.	%
No. de Gestación		
Ninguna	2	1.4
1 a 3	129	87.2
Más de 3 embarazos	17	11.5
Tipo de Embarazo		
Único	147	99.3
Múltiples	1	0.7
Tipo de Parto		
Vaginal	113	76.4
Cesárea	35	23.6
Realización de Kristelle en el parto		
Si	11	7.4
No	137	92.6
Duración del Trabajo de parto		
< 4 Hrs	51	34.5
4 a 8	60	40.5
9 a 12	11	7.4
13 a 18	7	4.7
> 18	14	9.5
Parto fuera del Hospital	5	3.4

Duración del Alumbramiento		
Menos de 15 min	122	82.4
15 a 45	14	9.5
46 a 60	7	4.7
Parto fuera del Hospital	5	3.4

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no.3

Criterios para el diagnóstico HPP en las Mujeres. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 148

Diagnóstico de HPP	Frec.	%
No. de HPP		
Perdida Sanguínea Mayor de 500cc en el parto.	113	76.4
Perdida Sanguínea Mayor de 1000cc en la cesárea	35	23.6
Causa de HPP identificada		
Desgarro cuello vagina o periné	34	23.0
Inversión uterina	2	1.4
Atonía uterina	84	56.8
Coagulopatía materna	1	0.7
Retención de la placenta	16	10.8
Retención de Fragmentos Placentarios	11	7.4
Nivel de Hematocrito Antes de la HPP		
≤ 28 por ciento	4	2.7

29 a 36	53	35.8
37 a 42	84	56.8
> 42	7	4.7
Nivel de Hematocrito Posterior a la HPP		
≤ 28 Por ciento	115	77.7
29 a 36	28	18.9
37 a 42	3	2.0
> 42	2	1.4

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

No	11	8	5.4	2	1.4	0	0.0	0	0.0	1	0.7
	137	26	17.6	82	55.4	3	2.0	16	10.8	10	6.8
Duración del Alumbramiento											
Menos de 15 min	122	27	18.2	74	50.0	1	0.7	10	6.8	10	6.8
15 a 45	14	3	2.0	6	4.1	1	0.7	3	2.0	1	0.7
46 a 60	7	2	1.4	3	2.0	0	0.0	2	1.4	0	0.0
Parto fuera del Hospital	5	2	1.4	1	0.7	1	0.7	1	0.7	0	0.0
Nivel de Hematocrito Posterior a la HPP											
≤ 28 Por ciento	115	26	17.6	64	43.2	2	1.4	13	8.8	10	6.8
29 a 36	28	7	4.7	18	12.2	1	0.7	2	1.4	0	0.0
37 a 42	3	1	0.7	2	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
> 42	2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.7

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no. 5

Acciones Específicas realizada en Mujeres con HPP por atonía Uterina. Atendidas en servicio de Ginec Obstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 84

Acciones específicas realizadas por causa de HPP	Respuesta	
	Frec	%
a) ATONÍA UTERINA		
-Realizaron masaje uterino	65	77.3
-Verificaron si placenta (y anexos) estaba íntegros	71	84.5
-Si no estaban íntegra la placenta, se extrajo tejido placentario residual.	8	9.5
-Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM).	62	73.8
-Continuó hemorragia: Le aplicó Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).	21	25.0
-Se requirió transfusión, se realizó la misma.	61	72.6
-Si el sangrado continuó: Realizaron compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.	8	9.5
-Mantuvieron la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.	6	7.1
-En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvieron la Compresión Bimanual del Útero y/o de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia de otro hospital.	4	4.7
-Refirieron oportunamente a un mayor nivel de resolución	6	7.1

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no.6

Acciones Específicas realizada en Mujeres con HPP por Desgarro del cuello, vagina o periné. Atendidas en servicio de Ginec Obstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 34

Acciones específicas realizadas por causa de HPP	Respuesta	
	Frec	%
b) DESGARRO DE CUELLO, VAGINA O PERINÉ.		
-Sospecharon desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.	29	85.3
-Examinaron cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.	30	88.2
-Repararon desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.	32	94.1
-Refirieron oportunamente a un nivel mayor de resolución.	1	2.9

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no. 7

Acciones Específicas realizada en Mujeres con HPP por retención placentaria. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.
n = 16

Acciones específicas realizadas por causa de HPP	Respuesta	
	Frec	%
C) RETENCIÓN PLACENTARIA		
-La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante	14	88.4
-Les pidieron pujar a la paciente al estar la placenta a la vista.	2	11.8
-Le palparon la placenta en vagina, y la extrajeron.	2	11.8
-Aseguraron vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).	3	17.6
Si la Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:		
-Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM y diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min).	2	11.8
Si la Retención Placentaria fue con Manejo Activo:		
-Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé).	8	47.1
-Si la Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.	10	58.8
-Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.	3	17.6
-Refirieron oportunamente a un nivel mayor de resolución.	4	25.0

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no. 8

Acciones Específicas realizada en Mujeres con HPP por retención de fragmentos placentario. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 11

Acciones específicas realizadas por causa de HPP	Respuesta	
	Frec	%
d) RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS.		
-Palparon dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.	8	72.7
-Extrajeron fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.	9	81.8
-Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensaron (registró) en la posibilidad de Acretismo Placentario.	2	18.2
-Si el sangrado continuó: pensaron en coagulopatía y realizaron prueba de coagulación junto a la cama.	2	18.2
Refirieron oportunamente a un nivel de mayor resolución.	2	18.2

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no. 9

Acciones Específicas realizada en Mujeres con HPP por Inversión uterina. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 2

Acciones específicas realizadas por causa de HPP	Respuesta	
	Frec	%
e) INVERSIÓN UTERINA		
-Corrigieron la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia general. con halotano).	1	50.0
-Aplicaron oxitócicos antes de reducir la inversión.	2	100
-Aplicaron morfina 0.1 mg/Kg peso IM. Porque la mujer tenía dolor severo.	0	0.0
-El sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.	0	0.0
-Indicaron y aplicaron antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV o Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500mg IV.	1	50.0
-Por Signo de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicaron antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.	0	0.0
-Se sospechó en necrosis, indicaron / realizaron o referencia para histerectomía vaginal.	1	50.0
-Refirieron oportunamente a un nivel de mayor resolución.	1	50.0

Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Tabla no. 10

Nivel de Cumplimiento de protocolo según causa de HPP en Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n = 148

		Nivel de Cumplimiento de Protocolo					
		No realizaron Nada		< 80% de las actividades		> 80% de las actividades	
		n = 25		n = 78		n = 46	
Causa de HPP identificada		n	%	n	%	n	%
Desgarro cuello vagina o periné	34	2	5.9	4	11.7	28	84.2
Inversión uterina	2	0	0.0	2	100	0	0.0
Atonía uterina	84	19	22.6	62	73.8	3	3.6
Coagulopatía materna	1	1	100	0	0.0	0	0.0
Retención de la placenta	16	1	6.2	10	62.5	5	31.2
Retención de Fragmentos Placentarios	11	2	18.2	0	0.0	9	81.8

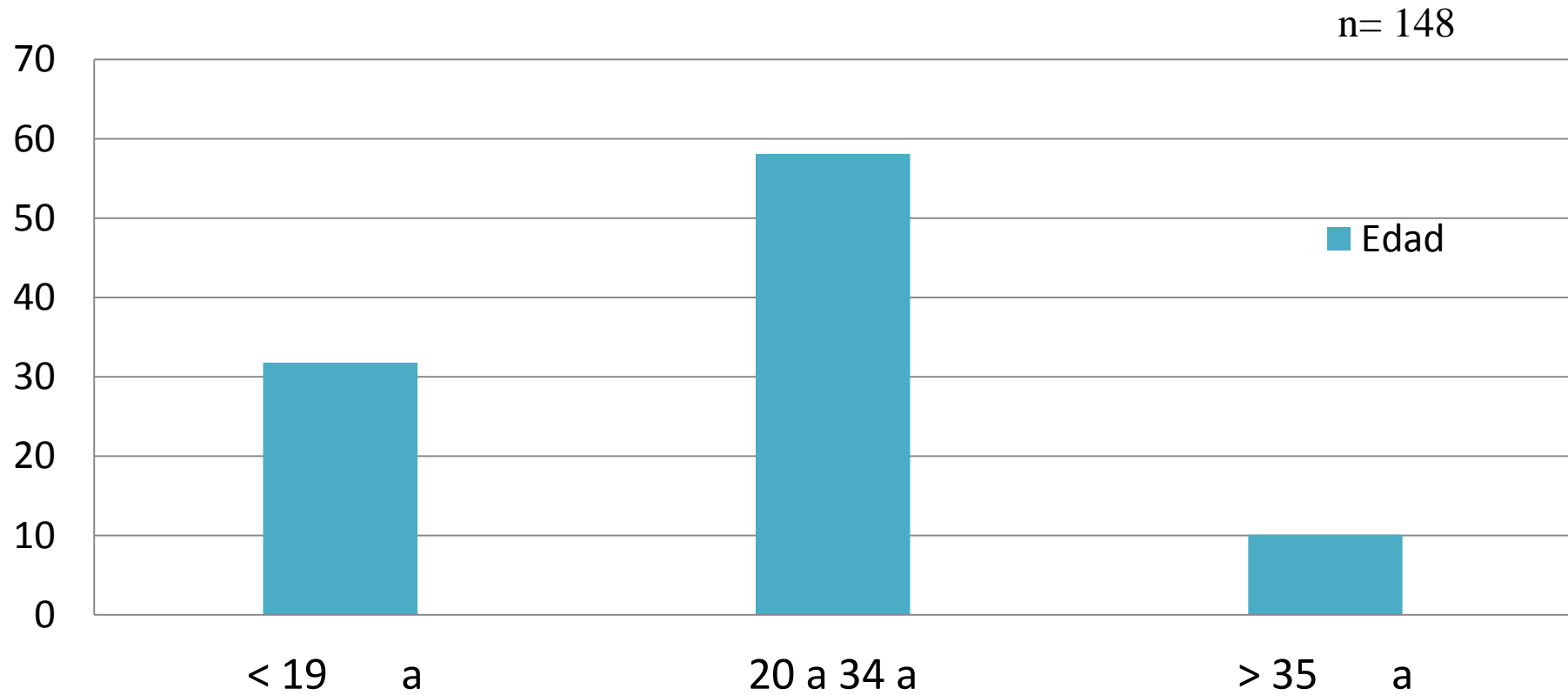
Fuente: Secundaria de los expedientes clínicos

Anexos 3

RESULTADOS

Gráficos 1.

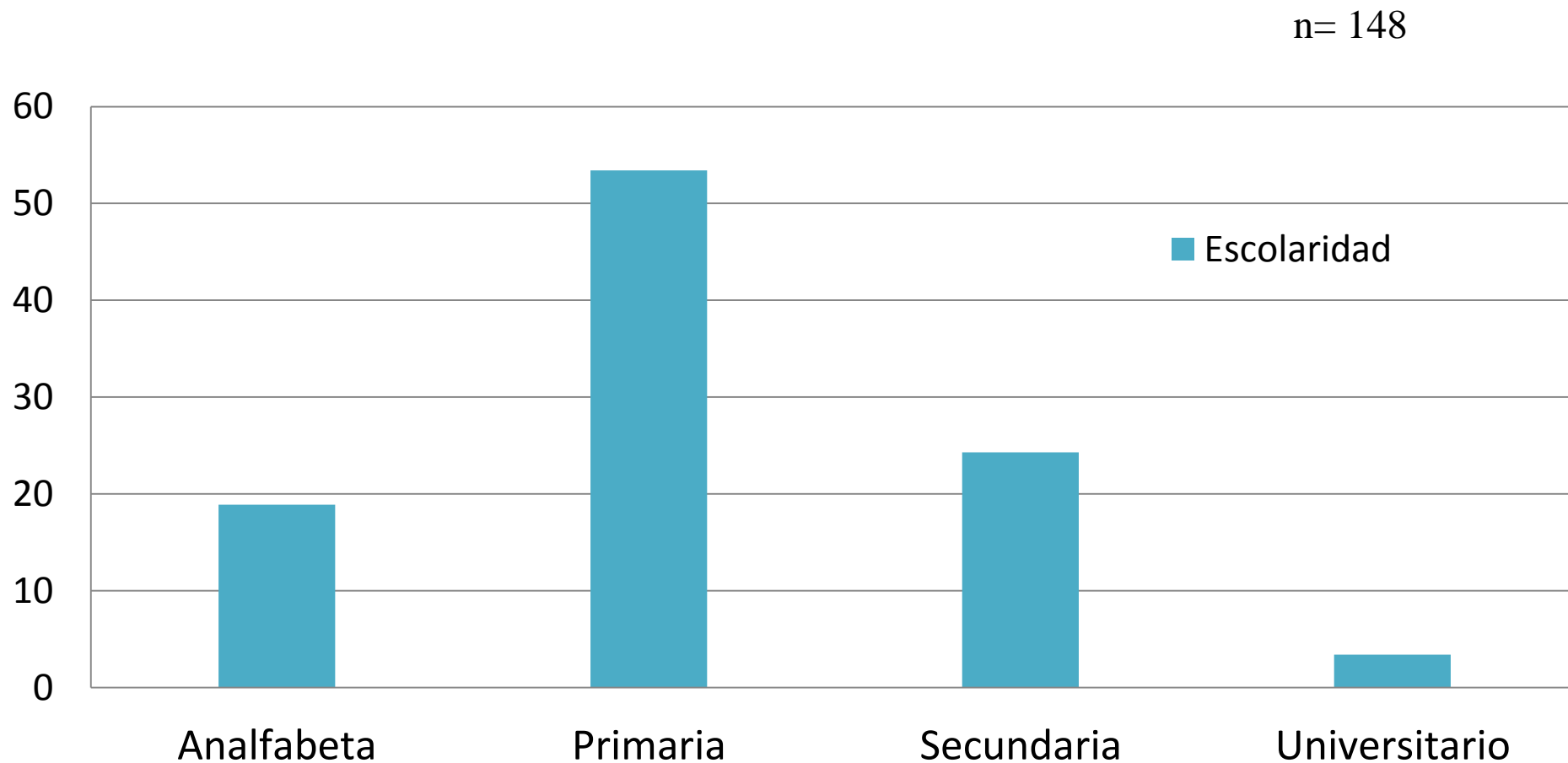
Edad de las Mujeres con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 1

Gráficos 2.

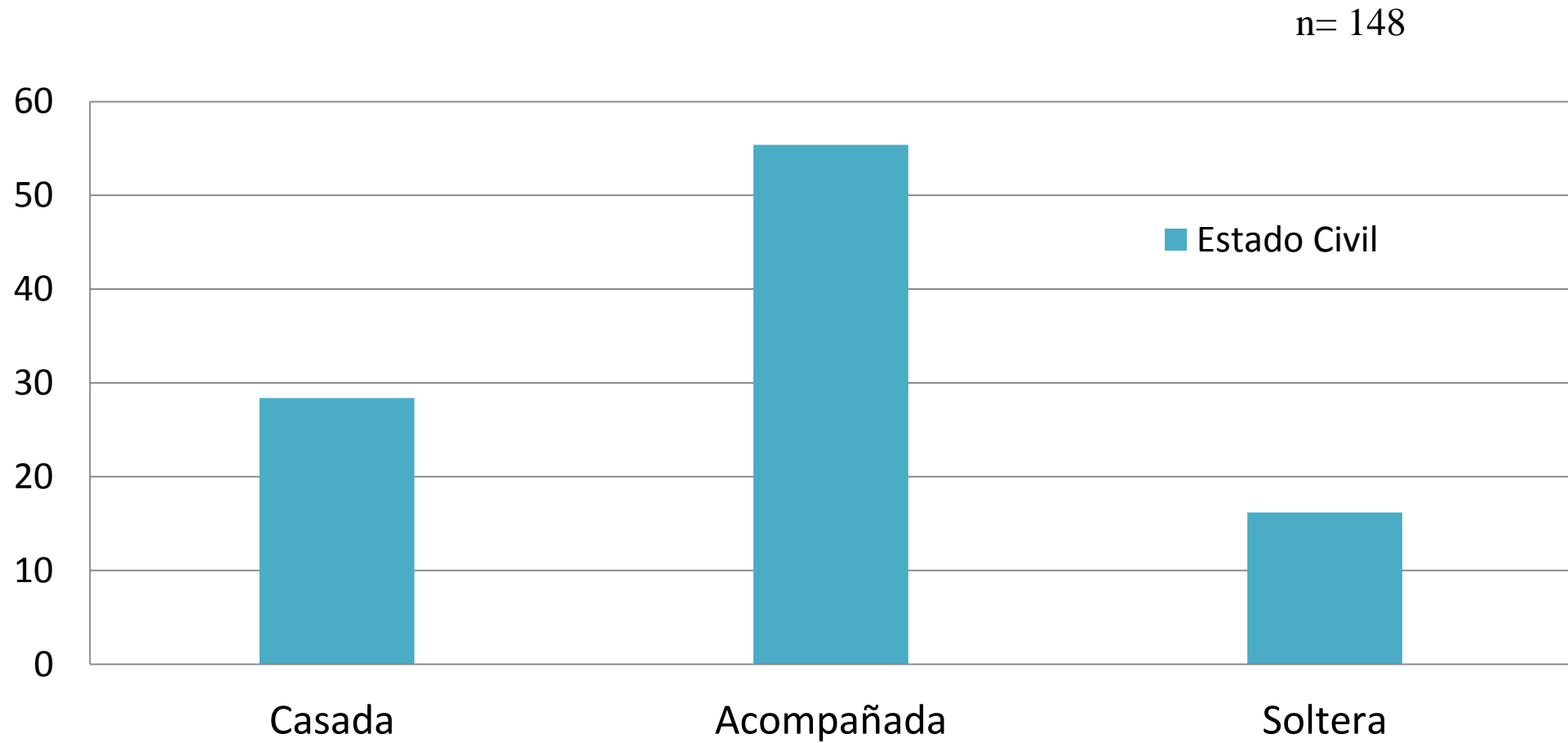
Escolaridad de las Mujeres con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginec Obstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 1

Gráficos 3.

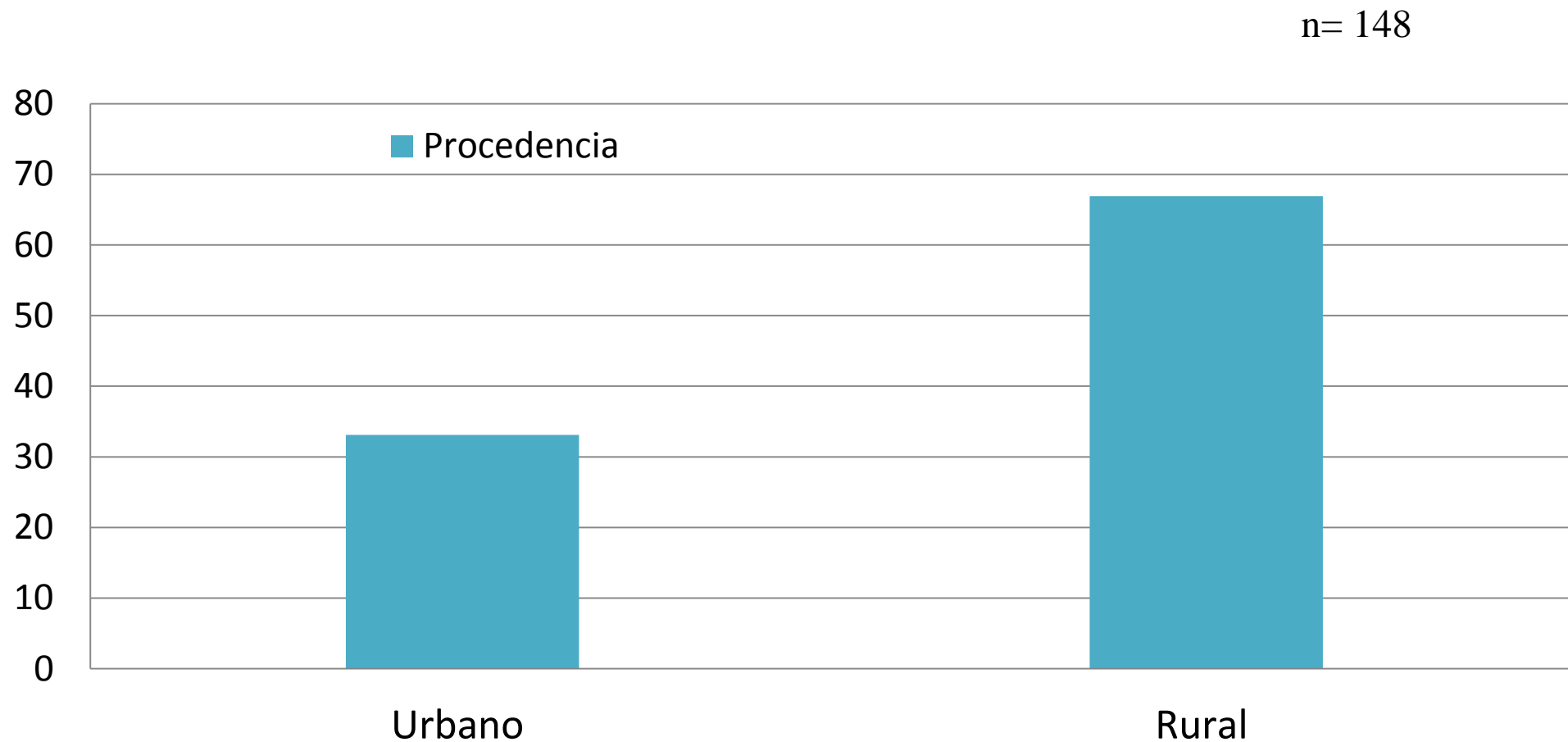
Estado Civil de las Mujeres con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 1

Gráficos 4.

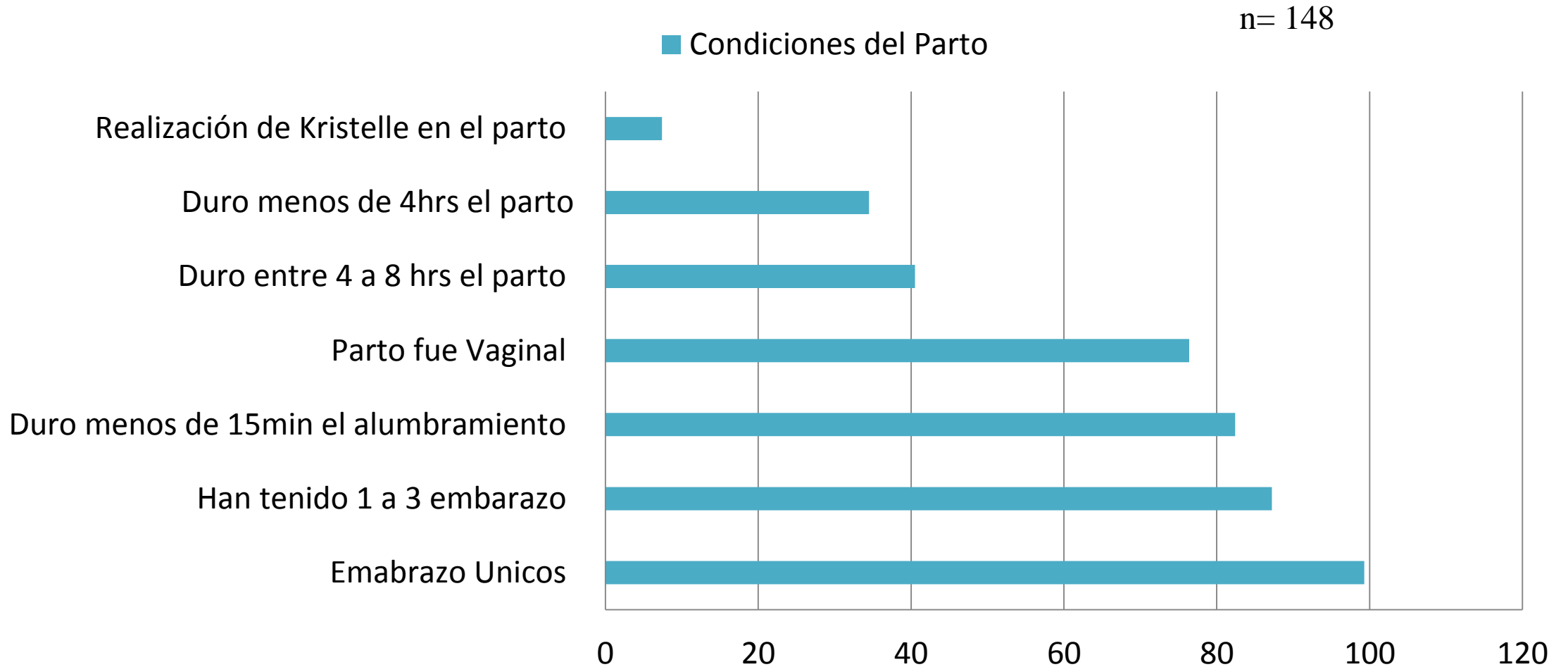
Procedencia de las Mujeres con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 1

Gráficos 5.

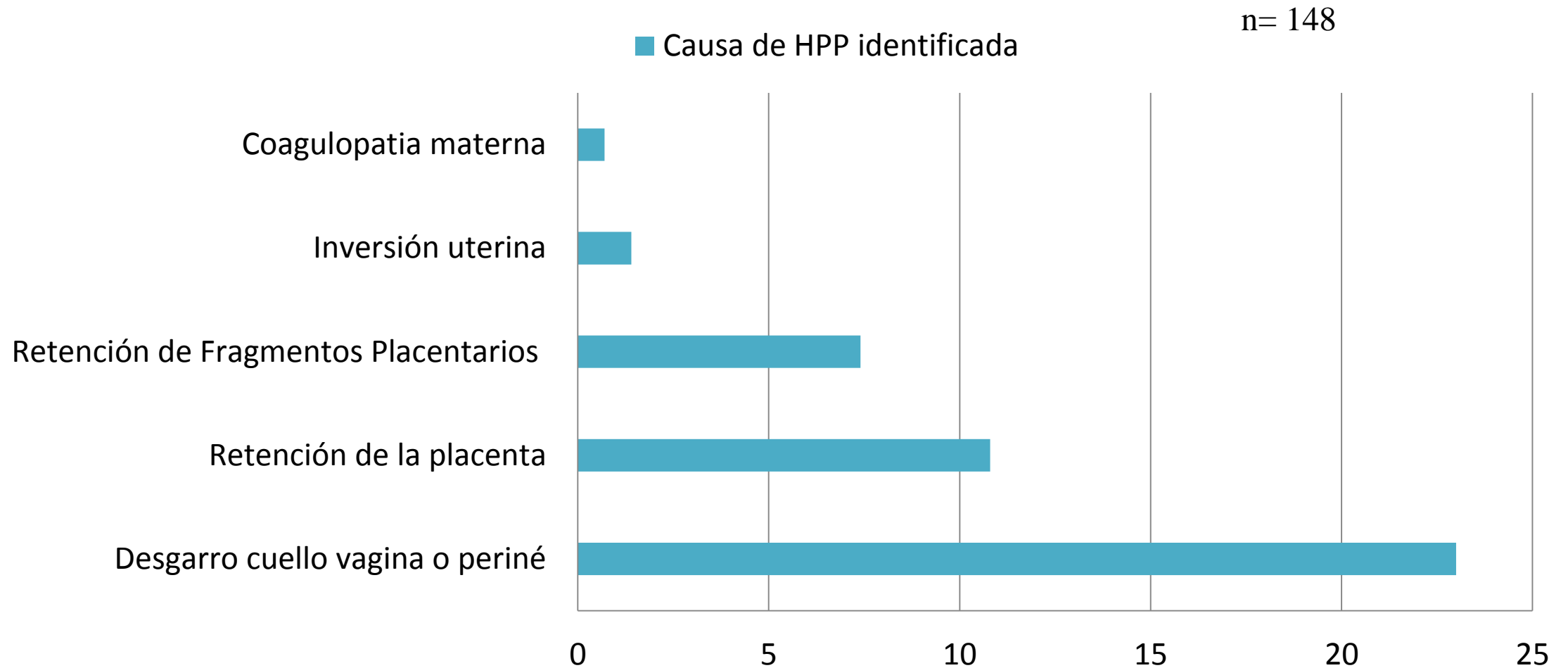
Condiciones del parto en las Mujeres con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginec obstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 2

Gráficos 6.

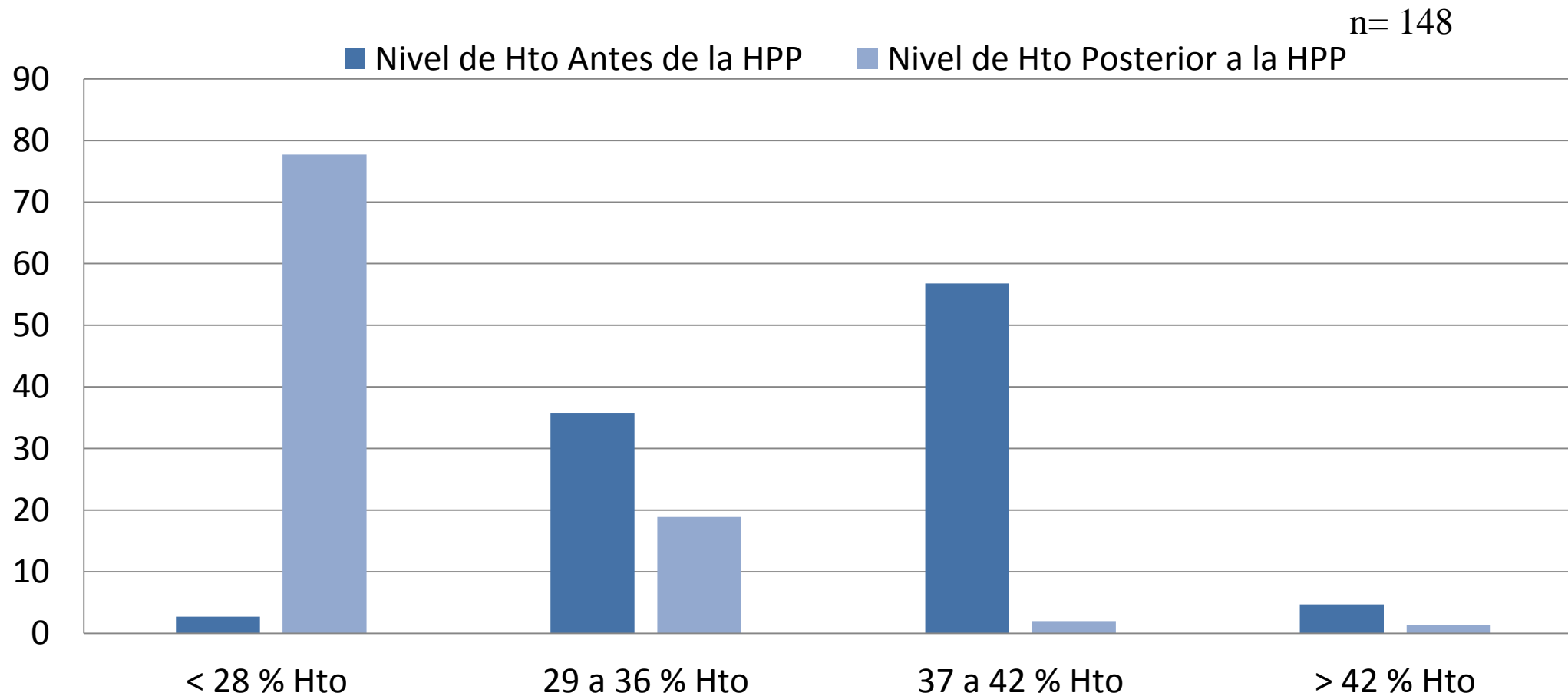
Causa de HPP en las Mujeres con hemorragia post – partos. Atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 3

Gráficos 7.

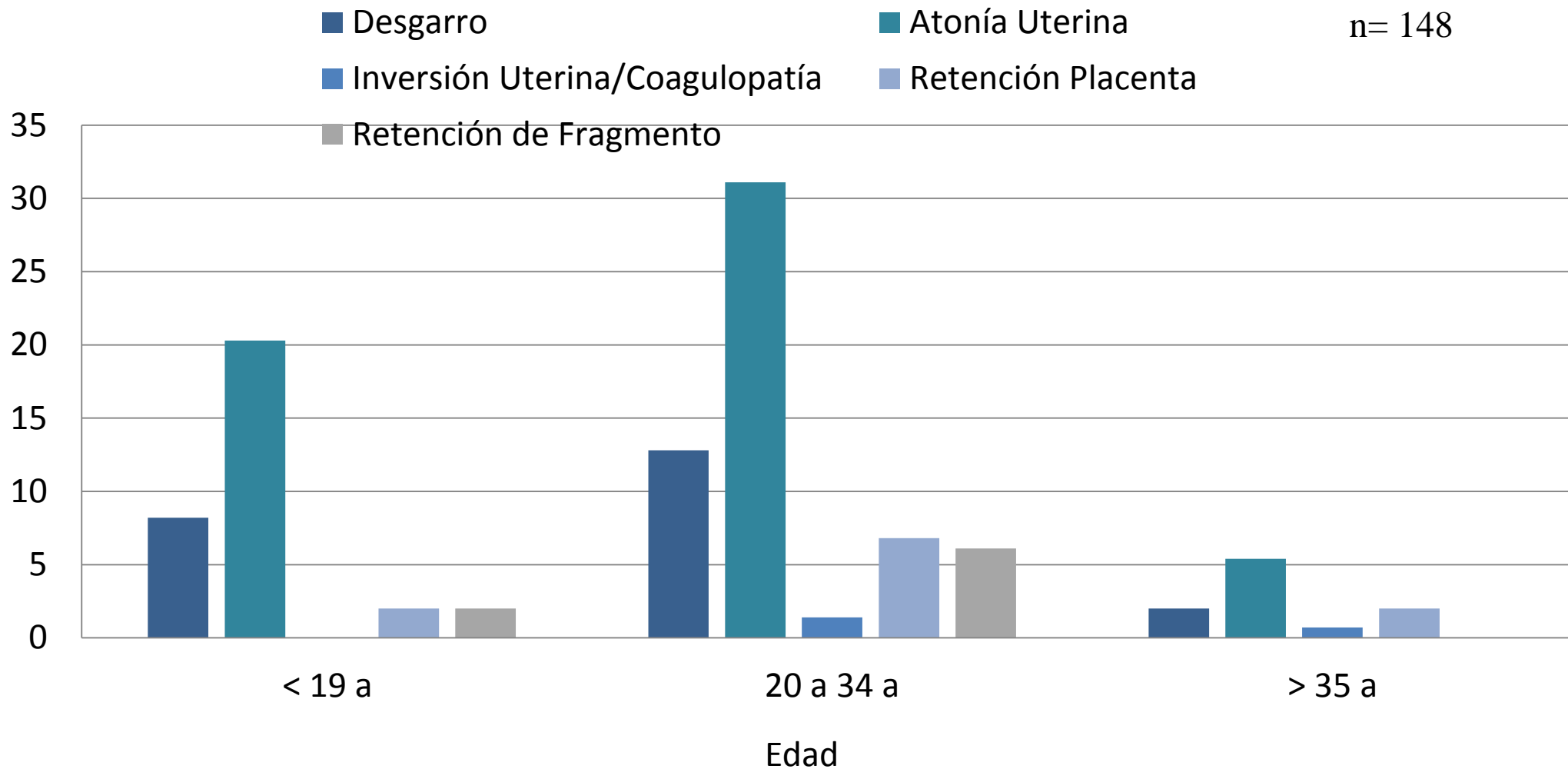
Nivel de Hematocrito Antes y Después de HPP en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 3

Gráficos 8.

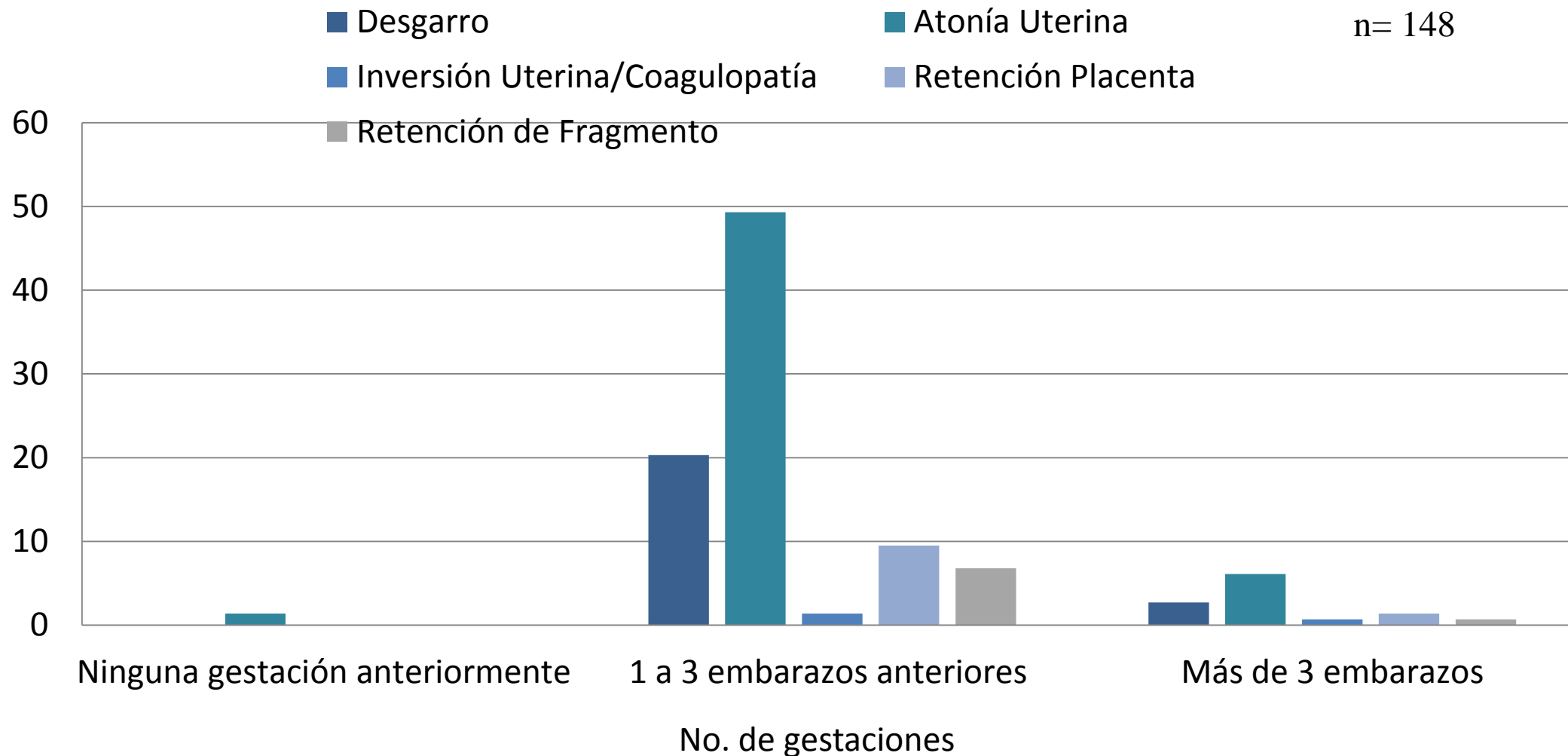
Causa de HPP según Edad en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 4

Gráficos 9.

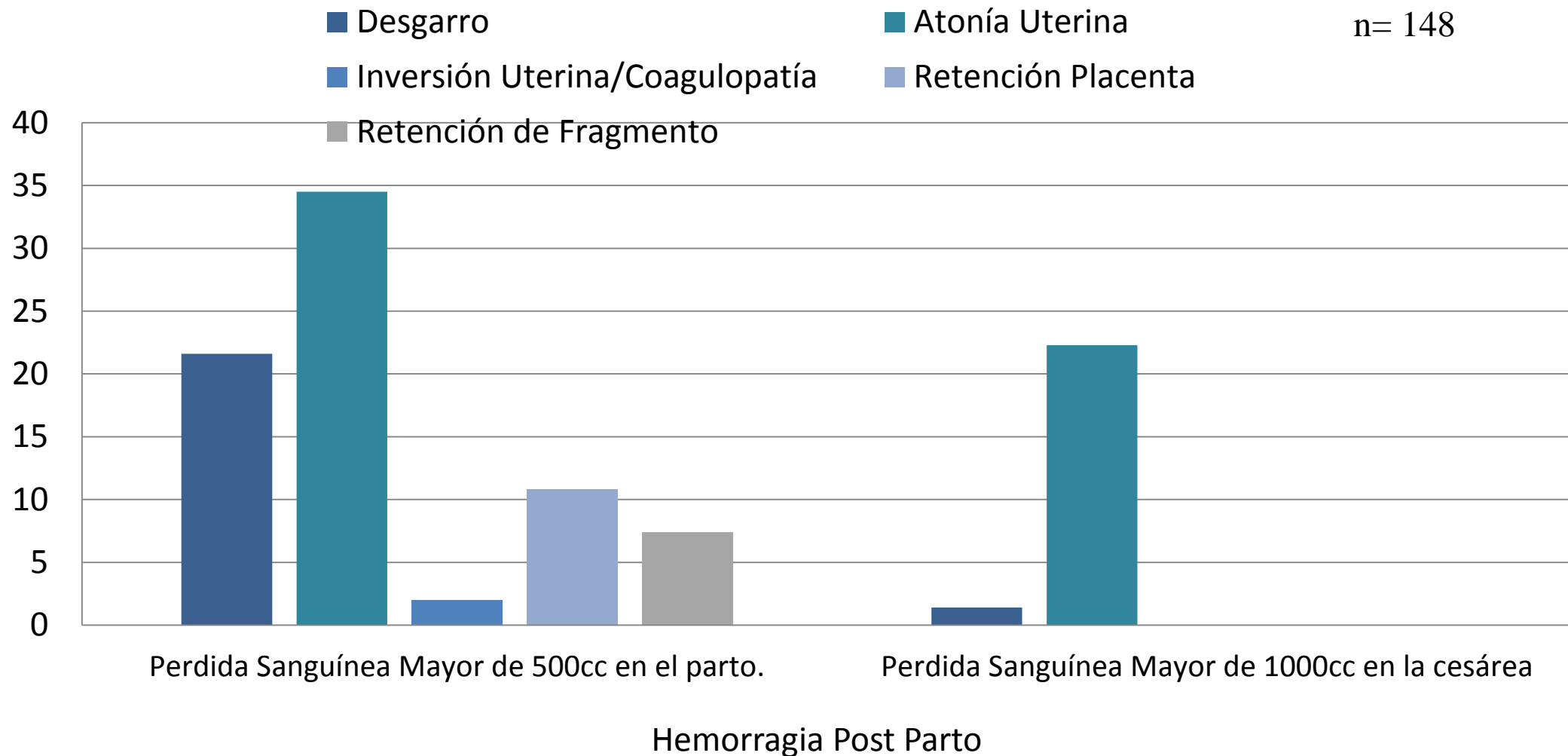
Causa de HPP según Antecedente de gestación en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 4

Gráficos 10.

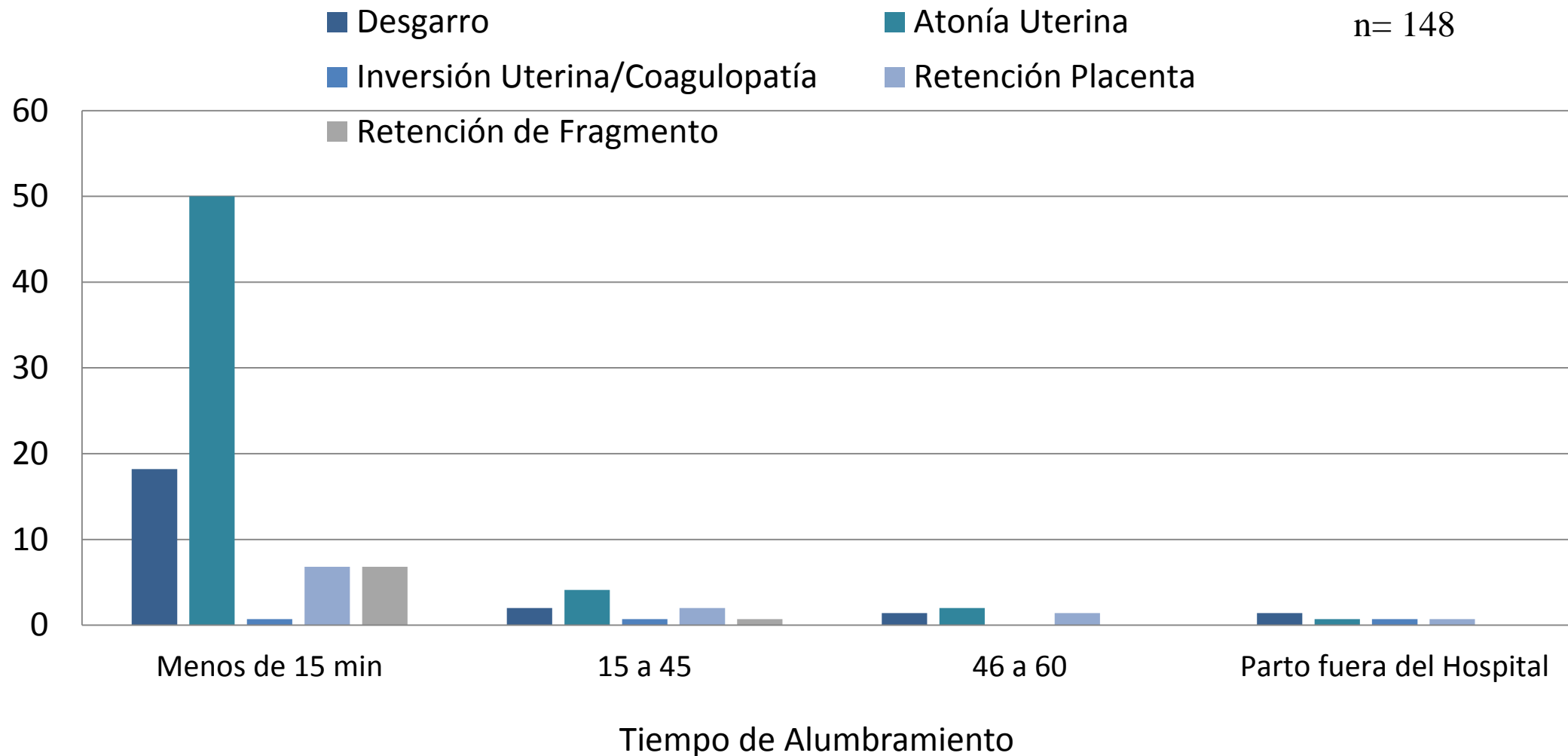
Causa de HPP según el tipo de Nacimiento en las Mujeres atendidas en servicio de Ginec Obstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 4

Gráficos 11.

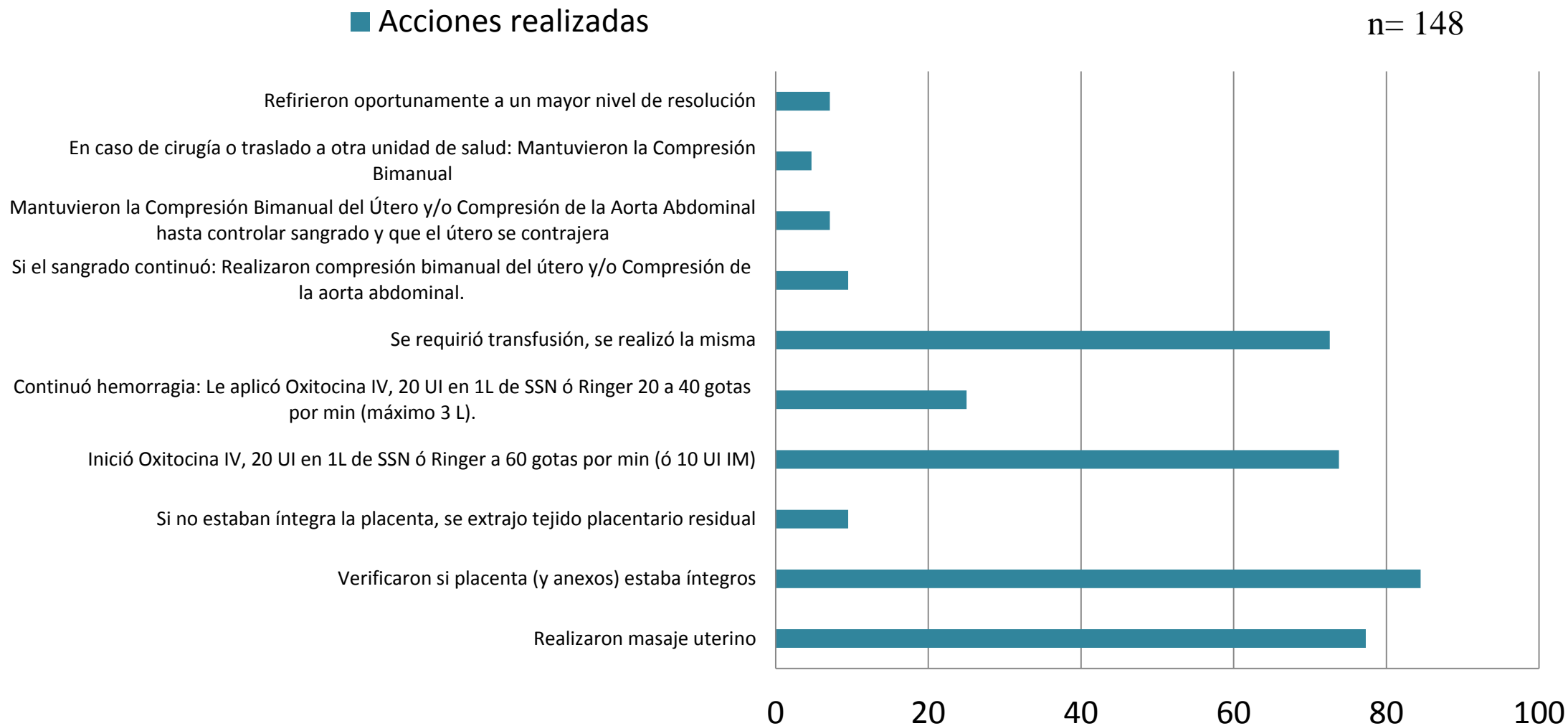
Causa de HPP según el tiempo del alumbramiento en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 4

Gráficos 12.

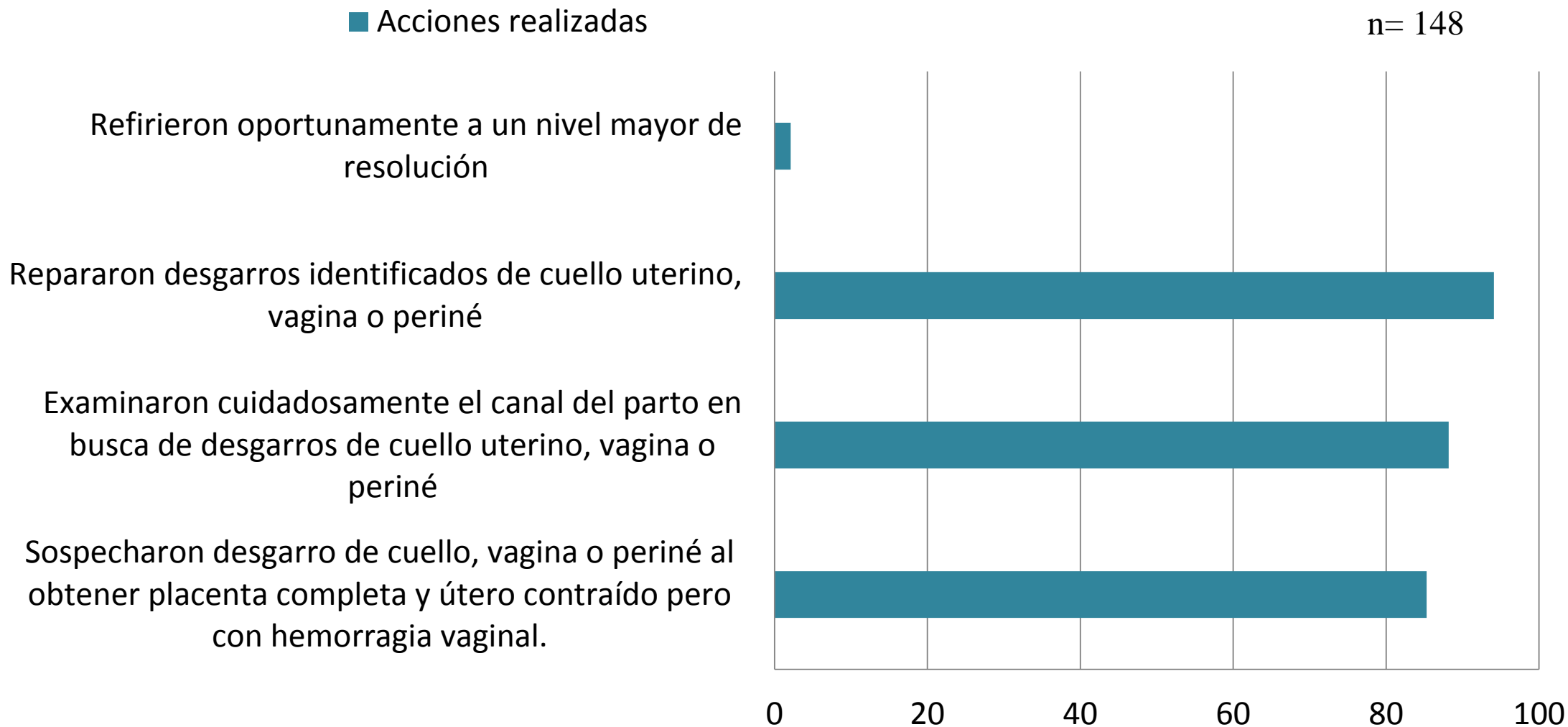
Acciones realizada en caso de Atonía Uterina en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 5

Gráficos 13.

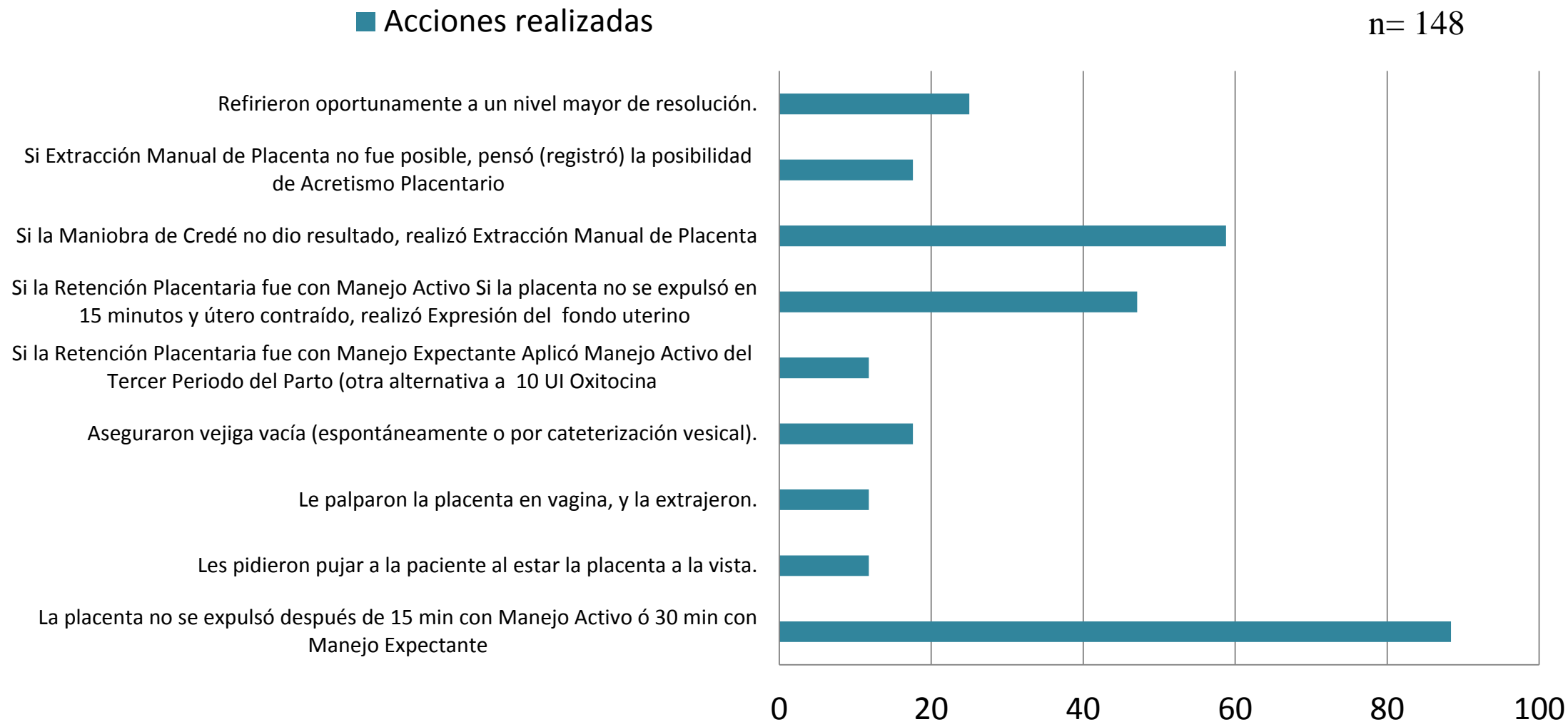
Acciones realizada en caso de Desgarro de cuello, vagina y periné en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 6

Gráficos 14.

Acciones realizada en caso de Retención Placentaria en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 7

Gráficos 15.

Acciones realizada en caso de Retención de fragmentos Placentarios en las Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.



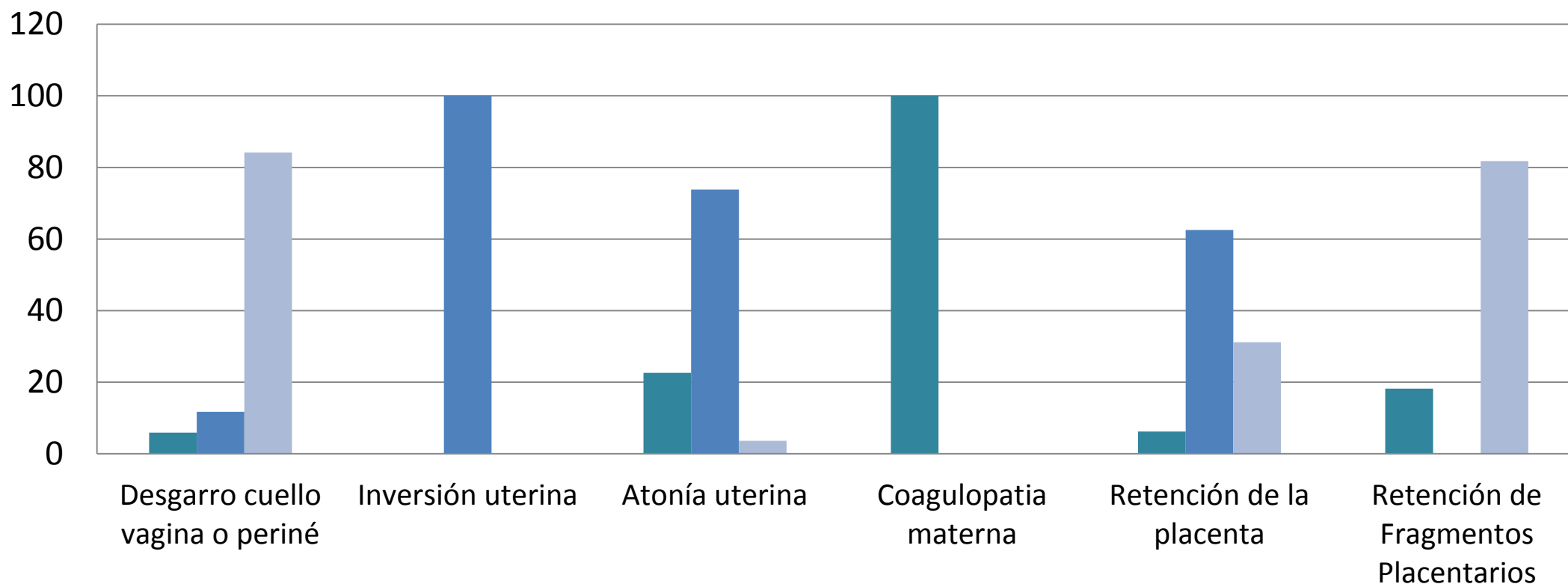
Fuente: Tabla 10

Gráficos 15.

Nivel de Cumplimiento de protocolo según causa de HPP en Mujeres atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital José Niewbroski, Boaco. Enero a Diciembre 2014.

n= 148

■ No realizaron Nada ■ < 80% de las actividades ■ > 80% de las actividades



Fuente: Tabla 9