



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR A TÍTULO DE MEDICO Y CIRUJANO.

**EFICACIA DE LAS MANIOBRAS QUE SALVAN VIDA EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA POSTPARTO, HOSPITAL BERTHA CALDERÓN, MANAGUA**

2019.

AUTORES:

Br. Kevin David Pérez Villagra.

Br. Cristina Isabel Picado Rizo.

TUTOR:

Dr. José de los Ángeles Méndez. Msc. M.D

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Bertha Calderón Roque

Managua, Nicaragua Marzo 2020

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por la vida, salud y sabiduría, por tomar mi mano y guiarme por este camino.

Le dedico con todo mi amor a mi hijo Luis Omar A. Picado quien es mi mayor orgullo y fuente de motivación e inspiración para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

A mi madre Oneyda Picado por ser parte esencial en mi vida, guía y ayuda presente en el momento de los problemas que se me presentaron, a mi segunda madre mi abuela por su apoyo incondicional, su amor y sus consejos, a mi novio por apoyarme durante toda mi carrera, por su esfuerzo, por creer en mis capacidades, por brindarme su comprensión y cariño y a todos aquellos que ayudaron directa o indirectamente a realizar mi tesis.

A todos los maestros que me influenciaron en mi carrera, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos. Especialmente a mi querido maestro, Doctor José de los Ángeles Méndez, mi asesor, a quien agradezco, por perseverar conmigo como mi asesor durante todo el tiempo que me llevó completar esta investigación y escribir este trabajo monográfico.

Cristina Isabel Picado Rizo.

DEDICATORIA

Me complace dedicar el esfuerzo de este trabajo a Dios, primeramente. El que nunca me ha fallado al iniciar cada uno de mis planes. El que me llena de fuerza, sabiduría, inteligencia y amor por lo que hago.

A su vez, a mi querido padre, quien desde la infancia ha forjado valores, personalidad y carácter con gran cariño, por ser mí gran apoyo constante en la realización de mis metas y proyectos. Gracias por siempre creer en mí.

A los maestros de nuestra facultad, quienes compartieron su conocimiento e hicieron desarrollar habilidades y destrezas, con paciencia y dedicación, nos han formado como profesionales y como personas de bien en la escuela de la vida. En especial a mi gran maestro el Dr. José de los Ángeles Méndez quien nos acompañó en la realización de nuestra tesis con entusiasmo, dedicación y entrega.

A mi familia, en especial a mis abuelos, hermanos y novia quienes me llenaron de ánimo en los momentos de tristeza y debilidad. Gracias por motivarme a seguir adelante y nunca rendirme.

Kevin David Pérez

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a Dios por permitirnos llegar a este mundo y darnos la sabiduría y el entendimiento para poder llegar a esta etapa de nuestra carrera llena de dificultades y alegrías.

A nuestro apreciado tutor el Dr. José de los Ángeles Méndez por su comprensión, paciencia y disponibilidad, al estar presente en todas las etapas de esta investigación apoyando y corrigiéndonos cuando era necesario.

Al personal de salud que nos facilitó la información necesaria para llevar a cabo este trabajo.

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

OPINIÓN DEL TUTOR

En la actualización del conocimiento médico, se han ampliado tanto técnicas como procedimientos, todo esto escrito, elaborado y certificado en protocolos, los cuales son de estricto cumplimiento, esto permite brindar calidad de atención y en especial, al binomio madre e hijo.

Los jóvenes investigadores de este tema se plantearon una tarea muy especial, verificar la eficacia de técnicas y procedimientos que salvan la vida de mujeres en alto riesgo de morir. Al concluir este esfuerzo, puedo afirmar que lo lograron y que han avanzado a otro nivel de forma exitosa.

Reciban mis más altas muestras de felicitación sincera por este logro.

Atentamente

M.S.C. M.D José de los Ángeles Méndez

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Bertha Calderón Roque

Tutor

Resumen:

El presente estudio es un estudio descriptivo de corte transversal, que tiene como objetivo principal identificar la eficacia de las maniobras que salvan vida en pacientes con hemorragia postparto, Hospital Bertha Calderón.

Nuestra población de estudio la conformaron las mujeres que presentaron hemorragia postparto y se le realizaron las maniobras que salvan vidas en el período de estudio, la muestra la conformaron 44 mujeres que presentaron hemorragia después del parto y cumplieron con nuestros criterios de inclusión para participar en dicho estudio.

Durante el período de estudio de esta investigación el grupo etario que predominó es 20 a 34 años, de procedencia en su mayoría urbana y nivel escolar secundaria. En cuanto a la ocupación el 98% eran ama de casa, en unión de hecho estable, con religión católica.

Dentro de los resultados más relevantes en cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, las pacientes con embarazo de 37 a 41 semanas de gestación son las más presentes con un 64%, de las cuales la mayor parte se realizaron de 4 a 5 controles prenatales, con inicio de vida sexual en su mayoría entre 15 y 19 años, con un valor considerable de un 52% eran primigestas y un gran número de estas tenían antecedentes de partos vaginales con un 45%; El 25% de todas las pacientes en estudio tenían antecedentes de abortos anteriores; con resultados de PAP normal en un 70%. Entre los antecedentes de estas pacientes encontramos que el 80% de estas no tenían antecedentes patológicos personales, un 66% no tenían antecedentes patológicos familiares que pudieran ser factores de riesgo para hemorragia postparto.

En los antecedentes durante el parto, el inicio de trabajo de parto fue mayormente inducido y la finalización de este evento obstétrico fue en un 57% por vía vaginal, el volumen de sangre perdido no fue considerable en el 59% de las pacientes, su presión arterial media era normal en la mayoría de las pacientes, también presentaron signos y síntomas un gran número de las mujeres en estudio y el grado más frecuente de shock fue el compensado. La causa más común de hemorragia postparto sigue siendo por el tono (hipotonía), el plan terapéutico más utilizado en estas pacientes como maniobra para salvar vidas es el MATEP

con un 70% y la eficacia terapéutica fue buena en un 64% y de manera excelente en el 32%, sin fallecimiento de ninguna de las pacientes en estudio.

Abreviaturas y siglas:

A: abortos.

BHC: Biometría Hemática Completa.

C: cesárea.

CACu: cáncer cérvicouterino.

cc: centímetros cúbicos.

CID: Coagulación intravascular diseminada.

cm: centímetros.

CPN: Controles prenatales.

dl: decilitros.

DPPNI: Desprendimiento de placenta normo inserta.

DT: vacuna contra Bordetella Pertussis

FLASOG: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

G: gestas.

Gts: gotas.

HAP: Hemorragia ante parto.

Hb: Hemoglobina.

HCP: Historia Clínica Prenatal.

HELLP: "hemolysis", "elevated liver enzymes" y "low platelet count".

HPP: Hemorragia Postparto.

HTA: Hipertensión Arterial.

Hto: Hematocrito.

ICC: Insuficiencia cardiaca.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

IM: Intramuscular

IV: Intra Venoso.

KG: Kilogramos.

L: legrado.

MATEP: Manejo activo del tercer período del parto.

Mcg: micro gotas.

mg: miligramos.

MINSA: Ministerio de Salud.

ml: mililitros.

MmHg:

NEAR MISS: número de complicaciones maternas agudas graves por cada 1.000 nacidos vivos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

P: partos.

PAM: Presión Arterial Media.

PAP: Papanicolaou, examen de frotis.

PFC: Plasma Fresco Congelado.

SG: Semanas de gestación.

SSNN: solución salina normal.

TA: Tensión Arterial.

TAN: Traje antichoque no neumático.

TP: tiempo de protrombina.

TPT: tiempo de tromboplastina parcial.

TTM: Transfusión Masiva.

UE: Unión de hecho Estable.

UI: Unidades Internacionales.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes:	3
Justificación:	7
Planteamiento del problema	9
Objetivos	10
Marco Teórico:	11
Diseño metodológico:	59
Resultados:	71
Discusión y análisis:	75
Conclusiones:	75
Recomendaciones:	80
Bibliografía	81
<i>Anexos:</i>	83

Introducción

El Presente estudio aborda el cumplimiento del Protocolo para la atención de Hemorragia Postparto, patología que en Nicaragua representa la primera causa de morbilidad y mortalidad materna con el 34% y En América se estima que 1 de cada 5 muertes maternas es consecuencia de hemorragias durante o postparto (OPS & OMS, 2015).

La hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte en países con ingresos bajos según la Organización Mundial de la Salud y se define como la pérdida mayor a 1000ml de sangre durante el parto o posterior a este, ya sea por vía vaginal o cesárea. Existen muchos factores de riesgos asociados a este como son, multiparidad, enfermedades asociadas, déficit en la atención del embarazo, entre otras.

Las principales causas de esta son: atonía uterina, traumatismo del canal del parto o laceraciones, tejidos (restos placentarios, coágulos, entre otros) y trombina (Coagulopatías, preexistente o adquirida). Según algunos estudios la falta de conocimiento o la poca experiencia y el difícil acceso a los sistemas de salud también son causa de hemorragia postparto, las cuales pueden prevenirse con un correcto manejo de en tercer periodo del parto (MATEP).

El manejo de la Hemorragia postparto dependerá de la causa y otros factores, la importancia de conocer el manejo de este es disminuir las probabilidades de muerte y complicaciones posteriores. Hoy en día es claro que la atención oportuna y adecuada antes, durante y después del parto puede salvar la vida de muchas gestantes y recién nacidos. Es por esto que reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna constituyen dos importantes indicadores de desarrollo de una región, definidos en el Objetivo 3 sobre Salud y Desarrollo dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por la comunidad internacional en el año 2015 (FLASOG, 2017).

En nuestro país el Ministerio de Salud creó una normativa diseñada para la Atención de las Complicaciones Obstétricas (normativa 109), realizando un adecuado cumplimiento ofrece la alternativa de extraordinaria eficacia para la reducción de estas muertes maternas a causa de Hemorragia Postparto, es importante señalar que estas medidas no son de alto costo, por lo tanto beneficia a los proveedores y sistema de salud en su labor a cumplir con

el quinto objetivo de desarrollo del milenio “Mejorar la Salud materna en $\frac{3}{4}$ partes” (OMS Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2013) tiene como meta disminuir la tasa de mortalidad materna en 40 por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2015 (Ministerio de Salud, 2013).

La importancia de realizar las maniobras que salvan vidas en el momento oportuno, reduce en gran manera el porcentaje de complicaciones maternas y de muertes, es por esto que debe de conocerse cuál es el manejo correcto y oportuno en cada caso en el que se presenta hemorragia postparto, valorando la causa y el estado de la paciente. Es de suma importancia saber cuál es el manejo que se brindó a cada paciente y si este fue el adecuado, para mejorar el manejo y reconocer cuáles fueron los métodos que hicieron mayor aporte en estos casos.

Antecedentes:

Se revisaron distintas fuentes bibliográficas relacionadas con el presente tema de investigación, encontrando pocos antecedentes relacionados con el manejo de la hemorragia postparto y sin antecedentes sobre el manejo con las maniobras que salvan vidas, haciendo a este un tema novedoso y de gran importancia.

A nivel internacional

Según un estudio que se realizó titulado: “El manejo de la hemorragia postparto”, se llegó a la conclusión que: el Misoprostol es potencialmente una intervención muy útil para el tratamiento de la hemorragia postparto. Es necesario realizar otras investigaciones para: Confirmar su eficacia con un estudio clínico controlado aleatorizado doble ciego, en comparación con el tratamiento estándar (Oxitocina + sintometrina). Se necesitan estudios clínicos más amplios para evaluar el efecto del Misoprostol sobre las tasas de histerectomía y las tasas de mortalidad materna, así como el perfil de efectos secundarios; establecer si debería ser utilizado como opción de tratamiento de primera línea o de segunda línea, evaluar la vía de administración óptima; y evaluar si puede ser utilizado de manera efectiva por parteras en maternidades de nivel primario (S., 2008).

Los revisores también concluyeron que es necesario contar con más estudios clínicos controlados aleatorizados sobre tratamientos específicos: embolización radiológica, fármacos hemostáticos, procedimientos de taponamiento, suturas uterinas hemostáticas para hemorragia persistente. La embolización radiológica requiere centros de nivel terciario y, por lo tanto, su implementación no es tan fácil en ámbitos de bajos recursos (S., 2008).

El embarazo puede implicar riesgos importantes para la mujer. Las complicaciones propias de la gestación pueden derivar en graves secuelas o incluso la muerte de la madre y/o del feto trayendo consecuencias catastróficas para su entorno familiar y la sociedad en general. Cada día mueren en el mundo un promedio 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. De estas muertes el 99% ocurren en países en vías de desarrollo y la mayoría de ellas en zonas rurales.

Hoy en día es claro que la atención oportuna y adecuada antes, durante y después del parto puede salvar la vida de muchas gestantes y recién nacidos. Es por esto que reducir la

mortalidad infantil y mejorar la salud materna constituyen dos importantes indicadores de desarrollo de una región, definidos en el Objetivo 3 sobre Salud y Desarrollo dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por la comunidad internacional en el año 2015 (FLASOG, 2017).

A nivel nacional

En 2014 se presentó un estudio que fue realizado en el departamento de Boaco, en el hospital José Nieborowski con el título: “Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de junio 2013 a junio 2014”, donde llegaron a la conclusión, que el manejo que se dio a las pacientes que presentaron hemorragia postparto, no fue adecuado, en lo referente a exámenes de laboratorio indicados, realizados e interpretados, fue el acápite menos considerado. Además no hubo coincidencia entre los acápites contenidos en protocolo de hemorragia postparto y la lista de chequeo, en lo relativo al manejo según causas. En la mayoría de los casos se cumplió el manejo según causas (Sobalvarro & Ulloa, 2013-2014).

En Nicaragua de un total de 1,498 muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud (MINSAL) en el período 2000- 2014, el 34.4% (516 casos) fueron causada por hemorragias; de ellas el 62.4% (322 casos) durante la etapa post parto y 37.5% (194 casos) en el ante parto. Las hemorragias ante parto (HAP) se han reducido, mientras que las hemorragias postparto (HPP) se han incrementado. En promedio anual se registran un total de 22 muertes maternas por HPP (OPS & OMS, 2015).

Según el Boletín informático, sobre hemorragia postparto las mujeres que recibieron atención durante y después de su embarazo dice que durante el 2011/12 y de acuerdo a la zona geográfica, 40 de cada 100 mujeres de la zona rural no recibió este tipo de atención y un 21.4% en la zona urbana. Y este es un factor de riesgo importante durante el embarazo (OPS & OMS, 2015).

En Nicaragua según las estadísticas del MINSAL, el 9.3% (30 casos) eran adolescentes, 38.2% (123 casos) tenían entre 20 a 29 años de edad, 41.3% (133 casos) 30 a 39 años y 11.18% (36 casos) 40 años a más. El 27% de las fallecidas ya tenían al menos un hijo y el 53% de 2 a más hijos. El 60% fallecieron en el domicilio, 26.0% en las unidades de salud

pública, 4% en hospitales del sector privado y 10% en otros lugares (traslados, vía pública) (OPS & OMS, 2015).

Durante el 2014 y 2015 se realizó un estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense, titulado: “factores asociados a la hemorragia postparto” donde concluye que el grupo etario predominante era entre 19-35 años de edad. Además que las pacientes procedían en su mayoría del área urbana. El promedio de escolaridad en estas mujeres fue la secundaria completa y secundaria incompleta (Joya, Acevedo, & Loaisiga, 2015)

En otro estudio realizado en el Hospital Militar titulado: “Calidad en el manejo de las pacientes con hemorragia post parto en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido de abril 2015 a septiembre 2015” llegaron a la conclusión que, el personal de salud de ginecología cumple los estándares de calidad del abordaje de la hemorragia postparto normadas por el Ministerio de Salud, obteniendo resultados satisfactorio, siendo el marcador la calidad muerte materna ya que no se tuvo ninguna en el periodo de estudio (Dr. Osorio, 2015).

En el Hospital José Nieborowski, en el departamento de Boaco se realizó un estudio durante el periodo 2016-2017 con el tema: “Cumplimiento del protocolo de Hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017”, donde concluyeron que la mayoría de las pacientes afectadas eran originarias del área rural, predominando el grupo de 20 a 35 años, amas de casa, sin estudios superiores y de raza mestiza, que se corresponde con estudios hechos sobre el tema a nivel regional. En cuanto al abordaje diagnóstico el principal factor de riesgo encontrado fue para trauma del musculo uterino, sin embargo, la principal causa de Hemorragia fue atonía uterina (Amador, 2017).

En el departamento de Carazo se presentó un estudio en 2017 con el tema: “Cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el Hospital regional escuela Santiago de Jinotepe durante el periodo enero a diciembre 2016.”, en el concluyen que el nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por atonía uterina se cumplió en casi la totalidad de las pacientes, el nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por desgarros se cumplió en la totalidad de las pacientes, el nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por retención placentaria se

cumplió en la totalidad de las pacientes, el nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por inversión uterina se cumplió en el 100% de las pacientes (Luna, 2017).

Justificación:

La Hemorragia post parto pertenece a las principales causas de muerte posparto según registros de la Organización Mundial de la salud (OMS), su manejo es multidisciplinario debido a la alta probabilidad de muerte si no se conoce la causa o no se tienen los medios necesarios para su manejo médico-quirúrgico.

Actualmente en Latinoamérica, la hemorragia postparto, constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica con un 27%, seguido de la enfermedad hipertensiva 14% en el embarazo. Las secuelas más importantes derivadas de esta complicación son las Coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

A nivel mundial se reportan que medio millón de mujeres mueren cada año y muchos millones más sufren lesiones graves debido a estas complicaciones. La mayoría de las discapacidades y muertes maternas ocurren en los países en desarrollo, especialmente entre las mujeres con menos recursos y menor acceso a educación o que viven en zonas rurales (OPS & OMS, 2015).

En América se estima que 1 de cada 5 muertes maternas es consecuencia de hemorragias durante o después del parto. Al día se estima que mueren alrededor de 16 mujeres en esta región por causa relacionadas al embarazo o el parto y se sabe que la hemorragia es la principal causa (OPS & OMS, 2015).

En Nicaragua la mortalidad materna es causada principalmente por la hemorragia post parto, siendo un problema de gran relevancia y pendiente de resolver; la cual requiere de un abordaje multidisciplinario. Debido a esto, existe un interés creciente dentro de la región Centroamericana en el análisis de la hemorragia posparto (HPP); como la causa principal directa de muerte materna en países en desarrollo, principalmente problemas durante e inmediatamente después de la tercera etapa del parto, cabe señalar que dos tercios de las mujeres no tienen factores de riesgo identificables.

En el país se han venido ejecutando medidas preventivas como el MATEP (manejo activo del tercer período del parto) y las maniobras que salvan vida, pero a pesar de los esfuerzos implementados sigue siendo la primera causa de muerte materna.

Por lo antes expuesto, y ante la observación del incremento de casos en el Hospital Bertha Calderón Roque se pretende realizar el presente estudio, con el objetivo de describir la eficacia de las maniobras que salvan vida en las pacientes con hemorragia post parto, para contribuir al fortalecimiento de la calidad de atención y a largo plazo favorecer la reducción de la mortalidad materna en el país.

Por lo que pretendemos con este estudio conocer la eficacia de las maniobras que salvan vida en las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque y de esta manera ayudar a “mejorar la calidad de atención” con propuestas de acciones concretas orientadas a prevenir la hemorragia post parto y un mejor abordaje que favorezca la reducción de la mortalidad materna en Nicaragua.

Planteamiento del problema

Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son su principal causa. Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión (Torres, 2016).

Por todo lo antes mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la eficacia de las maniobras que salvan vida en pacientes con hemorragia postparto, en el Hospital Bertha Calderón, Managua 2019?

Objetivos

Objetivo General:

Describir la eficacia de las maniobras que salvan vida en pacientes con hemorragia postparto, Hospital Bertha Calderón, Managua 2019.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes en estudio.
2. Valorar los datos Gineco-Obstétrico de las pacientes en estudio.
3. Determinar el diagnostico de hemorragia postparto y grado de shock.
4. Enumerar las maniobras realizadas en el manejo de la hemorragia postparto.
5. Describir la evolución de las pacientes en estudio.

Marco Teórico:

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 11 % de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año.

Actualmente en Latinoamérica, la hemorragia postparto, constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica con un 27%, seguido de la enfermedad hipertensiva 14% en el embarazo. Las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las Coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

La mayoría de las muertes causadas por hemorragia de origen obstétrico, ocurren durante las primeras 24 horas después del parto y pueden ser tan graves, que el desenlace fatal puede ocurrir en las primeras horas de iniciado el evento.

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

Por lo tanto, TODA hemorragia postparto amerita un manejo dinámico, multidisciplinario y oportuno. Es importante tener presente que la mayoría de las pacientes que la presentan, no tienen factores de riesgo, por tanto debe de ser del conocimiento general de los prestadores de salud.

DEFINICIÓN

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

independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea durante el parto o la cesárea.

Existen cambios fisiológicos del embarazo que podrían enmascarar el cuadro hemorrágico, mismos que deberán ser considerados por las personas a cargo del parto a fin de no subestimar las pérdidas hemáticas y vigilar adecuadamente a la paciente en su puerperio. Estos son:

1. Volumen sanguíneo incrementa un 40-45%, siendo máximo este incremento entre las 32 a 34 semanas de gestación.
2. Este incremento de volumen se da a expensas del volumen plasmático (75%) y de la masa eritrocitaria (25%) dando como resultado una anemia dilucional:
 - a. Disminución del Hematocrito del 40-42%, en la no gestante hasta el 34% en la gestante.
 - b. Disminución de Hb de 13,7-14 g/100 ml en la no gestante, hasta 11-12 g/100 ml en la gestante.
3. El gasto cardíaco aumenta a expensas de un aumento en 10-15 lat x min de la frecuencia cardíaca y una disminución de las resistencias vasculares periféricas.

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

Existen diversas causas de hemorragia postparto, establecer el origen, es el principal pilar en el manejo, ya que éste determinará la maniobra terapéutica a realizar a fin de detener el sangrado. Se enumeran las posibles causas mundialmente conocidas como las “4T” (Tono, Trauma, Tejido, Trombina), con los factores de riesgo de cada una de ellas.

Causas de Hemorragia Postparto:

Etiología	Causas	Factores de riesgo
Tono 70% Atonía Uterina	Sobredistensión uterina, parto prolongado/ precipitado	Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, gran múltipara, hidrocefalia severa
	Agotamiento muscular uterino	Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis
Trauma 20% Lesiones canal del parto	Desgarros del canal del parto	Parto intervenido, parto precipitado, episiotomía,
	Ruptura uterina	Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia
	Inversión uterina	Acretismo, maniobra de Credé, excesiva tracción del cordón, gran múltipara
Tejido 9 % Retención de tejidos	Retención de restos placentarios	Acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis, cirugía uterina previa
	Anormalidad de la placenta	
Trombina 1% Alteración de coagulación	Adquiridas	Preeclampsia, HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, abrupcio de placeta, CID consumo, transfusiones masivas
	congénitas	Enfermedad de von Willebrand, hemofilia A

DIAGNÓSTICO

Manifestaciones clínicas durante hemorragia de origen obstétrico

Manifestaciones iniciales Signos y síntomas típicos	Signos y Síntomas menos frecuentes	Diagnostico Probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia post parto inmediata. Útero blando y no retraído	Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	(70%) Causa: Anomalía de la contractilidad
Hemorragia post parto inmediata	Placenta integra Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, vaginal o periné	(20%) Causa: Traumática
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso	Inversión uterina visible en la vulva. Hemorragia post parto inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta	Ruptura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo	Útero contraído	Retención placentaria	(10%) Causa: retención de productos de la gestación.

Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	Hemorragia postparto inmediata. Útero contraído	Retención de restos placentarios	(MINSA, 2018)
Sangrado leve que continua luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular). Anemia	Retención de restos placentarios	
Sangrado no cede a medidas anteriores. Sangrado en sitios de punción. No formación de coágulos sanguíneos.	Prueba de coagulación junto a la cama. Fibrinógeno < 100 mg/dl. Plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados	Alteraciones de la coagulación (MINSA, 2018)	

Pruebas de Laboratorio

- BHC y Recuentos de Plaquetas.
- Tipo y RH.
- Tiempo de Sangría.
- Pruebas de coagulación (TP; TPT; fibrinógeno).
- Albúmina.

- Glucemia, Urea, Creatinina, Ácido úrico.
- Pruebas hepáticas: transaminasas pirúvicas, oxalacética, bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Gasometría (Lactato en sangre, exceso de base, bicarbonato).
- Electrolitos séricos

Clasificación:

1. Hemorragia temprana: es la que se presenta durante las primeras 24 horas del período posparto, generalmente en las dos primeras horas, es la más frecuente y grave.
2. Hemorragia tardía: ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre el 5 y 10% de los partos.

PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO:

En todos los establecimientos de salud del país donde se garantiza atención del parto, el personal de salud de cara a la atención obstétrica, debe estar entrenado en la detección, manejo oportuno, estabilización y referencia adecuada de las pacientes con hemorragia postparto.

El manejo integrado de la hemorragia postparto, en la mayoría de los casos, se completa en el primer nivel de atención que estableció contacto con la paciente, la referencia a segundo nivel será sobre todo para la vigilancia de la morbilidad asociada o en un pequeño grupo de pacientes, para completar el manejo terapéutico de la hemorragia que no logró resolverse en el primer nivel.

Este segundo grupo será sujeto a mayor riesgo de morbi-mortalidad asociada a la hemorragia.

Primer nivel de atención:

Durante el parto:

Prevención de la hemorragia post parto: de cumplimiento obligatorio el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP).

DURANTE POST-PARTO:

1. Activar el código Rojo, pedir ayuda (alerte al personal que lo apoyará de acuerdo al nivel del establecimiento de salud donde usted este) como mínimo a:

- Un segundo médico.
- Enfermera.
- Una persona que se comunique con un nivel de resolución más alto que pueda recepcionar el posible traslado.
- Una persona que vaya anotando todas las medidas que se van realizando en el manejo de la paciente.
- Chofer de la ambulancia.
- Personal de laboratorio que pueda realizar exámenes en el menor tiempo posible o preparar hemocomponentes de ser requerido (si están disponible).

Los Objetivos de la activación del **Código Rojo** son:

- a. Diagnosticar choque en hemorragia obstétrica.
- b. Asignar funciones/roles.
- c. Iniciar la Aplicación del ABCDE de la reanimación.
- d. Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución, según normativa 068.

2. Detectar oportunamente los datos de choque hemorrágico.

Desde el punto de vista clínico, cuando el choque se detecta clínicamente, se expresa por:

1. Hipotensión arterial con TA sistólica menor de 90 mmHg, presión arterial media (PAM) menor de 65 mmHg.
2. Taquicardia, pulso débil.
3. Signos de hipoperfusión tisular: oliguria, deterioro del estado de la conciencia.

4. Signos cutáneos: palidez, sudoración, hipotermia distal, relleno capilar enlentecido.

El índice de Choque (es la integración entre 2 variables fisiológicas: frecuencia cardiaca /presión arterial sistólica) es un parámetro clínico de relevancia en la actualidad. Su utilidad va más allá de la detección temprana de choque, ya que se ha mostrado útil para predecir la mortalidad en las primeras 24 horas.

También se asocia a mayor posibilidad de requerir transfusión de hemoderivados cuando su valor es superior a 0.9.

Se debe establecer en el expediente clínico de las pacientes este parámetro y utilizarse para la toma de decisiones junto a otros parámetros clínicos de utilidad.

En caso de detectarse datos de choque de origen hemorrágico, tratar como tal.

Garantizar accesos venosos y administración de fluidoterapia:

- Canalizar con bránula 14 (garantiza 330 ml por minuto) o una 16 (garantiza 210 ml por minuto), doble vía, en el mismo miembro.
- Pasar 1000 cc de soluciones isotónicas: Hartman de preferencia a 39°C o en su ausencia solución salina normal al 0.9% de inicio y seguir en bolos de 500cc.
- Tomar signos vitales cada 15 minutos hasta lograr las metas.

Objetivos terapéuticos de la fluidoterapia

- Presión arterial sistólica entre 80 y 90 mmHg
- Presión arterial media por arriba de 65 mmHg Cuando se haya controlado la fuente de sangrado.
- Frecuencia Cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto por minuto
- Diuresis superior a 0.5 KG/h2
- Lactato menor de 2.

3. Identificar y tratar los posibles diagnósticos diferenciales.

Existe un algoritmo que incluye las 4 T's, según las probabilidades diagnósticas más frecuente que se presentan en este periodo del parto, Se recomienda identificar y tratar de acuerdo a la etiología:

ATONÍA UTERINA:

a. Uso de Uterotónicos.

- Oxitocina: 40 unidades en 500 cc de Lactato de Ringer a 125 cc/hora o 42 gts por minuto³
- Metilergonovina 1 amp IM (0.2mg) en el momento, se puede poner otra a los 15 minutos y luego cada 4 horas máximo 1mg. (No utilizar en pacientes con estados hipertensivos).
- Misoprostol 800mcg sublingual en el momento. (En caso de que el estado neurológico de la paciente este alterado podrá usarse vía rectal)

b. Masaje uterino.

TRAUMA (Desgarros del canal del parto, ruptura uterina)

- Sutura.
- En caso de ser muy extenso, colocar sonda Foley, taponamiento compresivo y referir de forma inmediata a unidad de mayor resolución.

INVERSIÓN UTERINA

- En caso de inversión uterina la restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Johnson).
- Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica.

TEJIDO

a. Restos placentarios

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

b. Retención placentaria: No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo.

- Administrar Oxitocina adicional (10 UI) diluida, IV en 30 segundos en combinación con tracción controlada del cordón umbilical.
- Si no se expulsa valoración para descartar engatillamiento o acretismo placentario y realizar traslado al segundo nivel.
- En caso de no existir anillo retención realizar extracción manual de placenta si se logra encontrar plano declive.

TROMBINA

Determinar la causa de la discrasia sanguínea, administrar fármacos o hemoderivados necesarios para corregir el trastorno de la coagulación asociado.

4. Evitar la hipotermia

- Abrigar a la paciente.
- Acondicionar la sala, apagar los aires acondicionados y utilizar calor local, con lámparas de cuello de cisne.
- Calentar los cristaloides e infundir y dejarlos a 39°C. (Se consigue colocando los fluidos por dos minutos en el microondas o se puede utilizar baño amarillo).

5. En caso de no parar el sangrado de manera efectiva hacer uso de:

- Traje antishock, no quitar hasta que la paciente este fuera de peligro.
- Poner balón de Bakri o taponamiento en establecimiento de salud donde esté disponible.

- Realizar maniobras que salvan vida:
- Compresión bimanual.
- Compresión aórtica.
- Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución. Según normativa 068.

Segundo Nivel de Atención

En caso de ser sujeta a histerectomía u otra modalidad terapéutica de severidad que amerite estancia en unidad de cuidados intensivos, deberá reportarse como NEAR MISS y brindarse seguimiento clínico y administrativo pertinente.

Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:

1. Activación del código rojo en la unidad que recibe el traslado.

- Diagnosticar tempranamente y clasificar el choque hipovolémico.
- Establezca el índice de Choque.
- Si el paciente tiene datos de choque hemorrágico, manejar como tal.
- Garantizar la toma y evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio.
- Seguir con la infusión de cristaloides.

2. Control de la causa de hemorragia lo más rápidamente posible de acuerdo a la causa, utilizar las 4 “Ts”:

ATONÍA UTERINA

- Continuar con tratamiento médico instaurado en establecimiento primario (Oxitocina, Ergonovina, Misoprostol) y masaje uterino.
- Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor continuo, de no ceder el sangrado se hará las siguientes intervenciones de manera escalonada:
 - Mantener o colocar traje antichoque.
 - Si es parto vaginal, realizar colocación de balón de Bakri

- Si el sangrado continúa y es mayor de 50cc por hora, se llevará a sala de operaciones, y se valorará individualmente la aplicación de una sutura hemostática (B-Lynch, Hayman o Cho) y de persistir efectuar histerectomía obstétrica.
- En los centros donde se realice radiología intervencionista se deberá valorar la embolización de Arterias uterinas antes de tomar la decisión de realizar una histerectomía obstétrica.

Procedimientos Quirúrgicos en la Hemorragia Post

Parto por atonía uterina

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventajas de la técnica	Comentarios
Ligadura de las arterias uterinas uni o bilateral	<p>Conserva la fertilidad</p> <p>Muy aplicable</p> <p>Menor riesgo</p> <p>Más rápida</p>	Poco realizada	<p>Eficacia:</p> <p>35% (unilateral)</p> <p>75% (bilateral)</p>
Ligadura de ligamento Útero-ovárico	<p>Conserva la fertilidad</p> <p>Muy aplicable</p>	Poco realizada	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe
Ligadura de las Arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	<p>Poco realizada. Más difícil de realizar</p> <p>Requiere mayor tiempo</p> <p>Mayor riesgo de complicaciones</p>	<p>Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo.</p> <p>La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la</p>

		(ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter)	arteria ilíaca.
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero
Histerectomía Subtotal	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales
Histerectomía total	Muy conocida	No conserva la fertilidad Más difícil que la anterior	Puede ser la mejor opción para los casos de Acretismo placentario o Desgarros altos del cérvix. (MINSAs, 2018)

TRAUMA

Desgarros del canal del parto.

- En caso de desgarro extenso llevar a sala de operaciones para revisión del canal del parto bajo anestesia haciendo reparación de los mismos.
- En caso de extensión hacia el segmento que no pueda ser suturado o lesión de vasos valorar la histerectomía.

Ruptura Uterina.

- Realice laparotomía exploradora.

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

Inversión uterina.

- En caso de inversión uterina Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Jhonson).
- Si no se logra restituir el útero, Maniobra de Huntington o la Maniobra de Haultani.

TEJIDO

Restos placentarios.

- Proceder de forma similar a lo expuesto en el primer nivel.

Retención placentaria.

- Administrar Oxitocina adicional como en el primer nivel.
- Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).
- Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado la maniobra anterior llevar a la paciente a sala de operaciones.
- Si se presenta anillo de retención solicitar anestesia para relajación uterina y proceder a la extracción de la placenta.
- Si se descarta el engatillamiento proceder a la extracción manual de la placenta con personal capacitado.
- Si la placenta no se desprende considerar que se trata de un acretismo placentario y proceder de acuerdo al protocolo de acretismo placentario.

TROMBINA: Administrar tratamiento en dependencia de la patología de base.

3. Consideraciones en el uso de Hemoderivados

Pacientes con sangrados en sitios de venopunción, en capa y alteración de las pruebas de coagulación VALORAR manejo con hemocomponentes.

Los objetivos a alcanzar son:

1. Tener un hematocrito mayor o igual a 21% (Hb 7g/dl).
2. Mantener hemoglobina entre 7 a 9 g/dl.
3. Recuento de plaquetas mayor de 50, 000.
4. TP y TPT menor a 1.5 tiempo control.
5. Fibrinógeno mayor de 150mg/dl

Mantener hemoglobina entre 7 a 9 g/dl con la posible excepción de los pacientes con cardiopatías de base en quienes deberá ser mayor de 10 gr/dl, por el riesgo de eventos isquémicos en el miocardio.

Los diferentes estudios revelan que las transfusiones masivas están asociados a un incremento de la mortalidad, injurias pulmonares, incremento de las infecciones y fallas renales, por tanto, deben de considerarse en:

- Signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia con soluciones cristaloides.
- Sospecha de Coagulopatías o para corrección de los factores de coagulación.
- Para alcanzar las metas de Hb, plaquetas, tiempos de coagulación y fibrinógeno, descritas previamente.

Se debe considerar la activación de Protocolo de Transfusión Masiva (TTM) cuyo objetivo es reponer a razón de 1:1:1 de plaquetas, plasma fresco congelado y paquete globular.

TRANSFUSIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA:

1. Se debe de transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas, en situaciones que se nos haga difícil la realización temprana del tipo y Rh, así como de la prueba cruzada.
2. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas.

3. 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.
4. Se deberá transfundir de plasma fresco congelado (PFC) a dosis de 12 a 15 ml/kg en las siguientes condiciones:
 - Si persiste la hemorragia masiva, después de haber pasado 4 unidades de paquete globular.
 - Si el TP y TPT está más de 1.5 sus valores normales
 - Si los exámenes de coagulación no están disponibles y hay sospecha de Coagulopatías en casos de DPPNI, o embolismo de líquido amniótico.
 - Se deberá mantener el fibrinógeno por encima de 150mg/dl
 - Si fibrinógeno es menor 150 mg/dl, administrar Crioprecipitado 1 unidad por cada10 kg de peso corporal. Además, realizar pruebas de Coombs.
 - Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir concentrado de plaquetas; a razón de 1 unidad plaquetaria por cada 10 kg de peso corporal.

4. Antibioticoterapia en Hemorragia Postparto

Se recomienda en TODOS los casos de Hemorragia Post Parto ya que la manipulación para detener la hemorragia, la anemia subsiguiente, la transfusión de hemoderivados, la posible estancia en unidad de cuidados intensivos entre otras, son condiciones que predisponen a la aparición de sepsis.

Se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos (Ampicilina 2g IV ò Cefazolina 1g. una sola dosis), si se lleva a cabo la extracción manual de la placenta.

En aquellas pacientes cuyo control de hemorragia ha sido laborioso utilice: Ceftriaxona 2 gr IV cada12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, durante 3 a 5 días o según evolución clínica.

HEMORRAGIA TARDÍA POST-PARTO:

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

COMPLICACIONES

- Anemia.
- Choque hipovolémico.
- Coagulación intravascular diseminada
- Lesión de órgano vecino
- Distress respiratorio
- Falla Renal
- Infección puerperal/ Sepsis puerperal
- Falla hepática
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Endocarditis por uso de dispositivo intravenoso
- Infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
- Morbilidad asociada a la Histerectomía
- Morbilidad asociada a las transfusiones
- Secuelas psicológicas.
- Infertilidad

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Por las características de esta complicación, (aparición súbita, y aparición en cualquier tipo de pacientes, incluso en aquellas sin factores de riesgo), el manejo principal se realizará en la unidad que establece primer contacto con la paciente, en la cual se estabilizará según

metas a la paciente, y posteriormente se referirá al establecimiento de salud de segundo nivel para su vigilancia y evaluación de morbilidades asociadas.

TODA paciente que presente hemorragia post parto, será referida a establecimiento de salud de segundo nivel, esta referencia se hará basada en lo establecido en la normativa 068, Normativa para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Criterios de alta

1. Ausencia de sangrado anormal.
2. Hemoglobina en límites aceptable posterior al evento obstétrico (Hb entre 7 a 9) sin cambios hemodinámicos.
3. Signos vitales en límites normales.
4. Ausencia de signos de infección.
5. Herida quirúrgica sin complicaciones.
6. Al recuperar su estado de salud, será contra referida a la unidad de salud de su procedencia.
7. Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce.
8. HCP completa y legible.

EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:

- Garantizar consejería y acceso a métodos de planificación familiar, incluyendo esterilización quirúrgica.
- 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 Sulfato Ferroso 120mg al día por lo menos por un período de 1 meses seguir con hemoglobina y ferritina sérica.

- Dieta rica en hierro (vegetales verdes).
- Suplementos de ácido fólico y vitamina B12.

Manejo Activo del Tercer Período del Parto

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

1. Administración de Uterotónicos 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.
 - 10 UI IM de Oxitocina en el parto vaginal es la primera elección.
 - En la cesárea 10 UI Oxitocina IV pasar en 30 segundos.
 - En el post-operatorio se dejará 10 UI de Oxitocina en 1000 cc de SSNN 0.9% pasar en 8 horas.
2. Pinzamiento TARDÍO del cordón.

Pinzamiento TARDIO del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (1 a 3 minutos).

- Pinzamiento temprano del cordón umbilical (<1 minuto después del parto), solo que el neonato presente asfixia y deba ser trasladado de inmediato para reanimación.

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.

USO DE UTEROTÓNICOS EN HEMORRAGIA POSTPARTO

	Oxitocina	Ergonovina, Metilergonovina	Misoprostol
Dosis y vía de administración	40 unidades en 500 ml Ringer a 125 cm ³ ó 42 gts por minuto cm (3)	1 amp de 0.2 mg IM	80 mcg: vía sublingual
Dosis continua	10 unidades de oxitocina en cada 500 ml de L. Ringer (2)	Repita 0.2 mg IM después de 15 minutos. Si se requiere, administre 0.2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas	Única dosis
Dosis máxima	No más de 3 litros de líquidos IV que contengan Oxitocina	5 dosis (un total de 1.0 mg)	800 mcg. (vía oral o sublingual)
Precauciones/ contraindicaciones	No administre en bolo IV	Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía. No administre en bolo IV	En paciente renal crónico se deberá vigilar por alto riesgo de intoxicación.

Maniobras que salvan vidas para el control del sangrado uterino

A - Compresión Bimanual del Útero

PREPARACION DEL PERSONAL

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

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

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

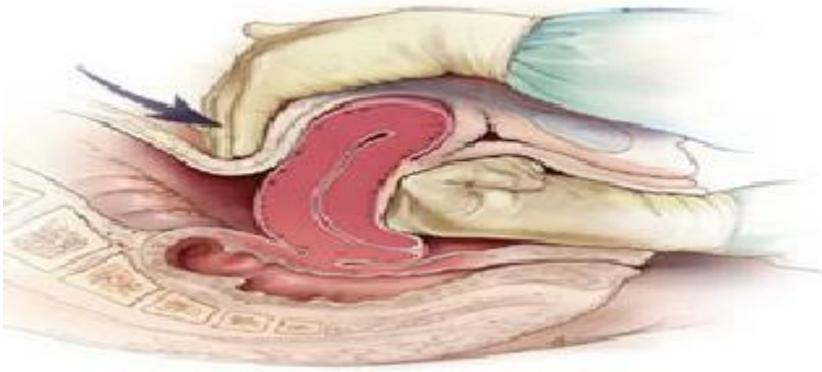
COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL Y PALPACIÓN DEL PULSO FEMORAL

A2



Reparación de los Desgarros del Cuello Uterino

- Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en choque hemorrágico) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución Salina Normal o Lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino.
- Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos.
- Realice el procedimiento bajo anestesia o sedación.
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de ojo.
- Aplique las pinzas en ambos lados del desgarro y hale suavemente en diversas direcciones con objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Puede haber varios desgarros.
- Cierre los desgarros del cuello uterino con una sutura continua

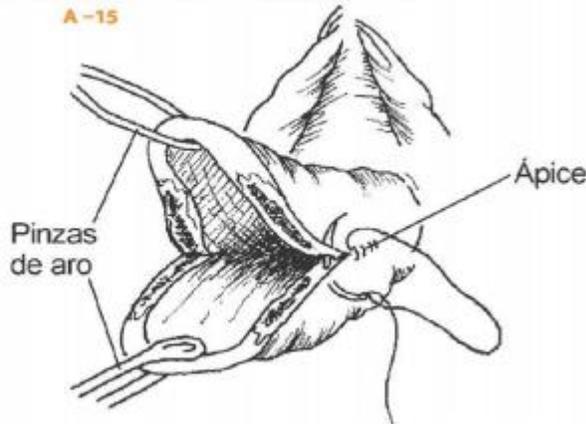


B-Compresión de la aorta abdominal

- Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal.
- El punto a comprimir queda por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
- Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato.
- Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.
- Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada.
- Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado.
- Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas, de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarró), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado.
- Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada, refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre.

- Luego:
 - Después de 4 horas, abra las pinzas parcialmente pero no las retire.
 - Después de 4 horas más, retire por completo las pinzas
 - Para reparar un desgarro del cuello uterino que ha penetrado más allá de la bóveda o cúpula vaginal puede ser necesario realizar una laparotomía.

REPARACIÓN DE UN DESGARRO DEL CUELLO UTERINO



REPARACIÓN DE LOS DESGARROS VAGINALES Y PERINEALES

Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:

- Los desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo
- Los desgarros de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes.
- Los desgarros de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal.
- Los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal.

Nota: Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre.

Las suturas de poliglicol son preferibles a las de catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alergénicas y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no es lo ideal.

REPARACIÓN DE LOS DESGARROS DE PRIMERO Y SEGUNDO GRADO

- La mayoría desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.

- Brinde apoyo, emoción y aliento.
- Use infiltración local con lidocaína. Si fuera necesario, use bloqueo pudendo.
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino,
- Examine cuidadosamente la vagina, el perineo y cuello uterino.
- Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo inspeccione para asegurarse de que no exista ningún desgarro de tercer o cuarto grado.
- Coloque un dedo enguantado en el ano.
- Levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter.
- Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter.
- Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- Si el esfínter no está lesionado, proceda con la reparación.



Aplique una solución antiséptica al área alrededor del desgarro.

Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.

Nota: Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de lidocaína para la reparación, agregue adrenalina a la solución.

- Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.

Nota: Aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja.

Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente.

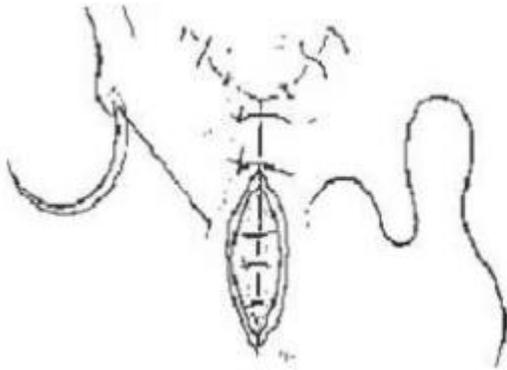
- Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína. Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar. Coloque el anestésico tempranamente para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.
- Comience la reparación cerca de 1 cm por encima del ápice (parte superior) del desgarro vaginal.
- Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal;
- En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal;
- Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través del desgarro perineal y anude.

REPARACIÓN DE LOS MÚSCULOS PERINEALES A-18



- Repare los músculos perineales utilizando suturas con puntos separados 2-0. Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
- Repare la piel utilizando puntos separados (o subcuticulares) 2-0, comenzando en la abertura vaginal.

- Si el desgarro fue profundo, realice un examen rectal. Asegúrese de que no haya suturas en el recto.



Reparación de la piel
A-19

REPARACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES DE TERCERO Y CUARTO GRADO

Nota: Si un desgarro del esfínter anal no se repara correctamente, la mujer puede sufrir pérdida de control de las evacuaciones y gases intestinales. Si no se repara un desgarro en el recto, la mujer puede sufrir una infección y una fístula recto-vaginal (evacuación de heces a través de la vagina).

Repare desgaraciones

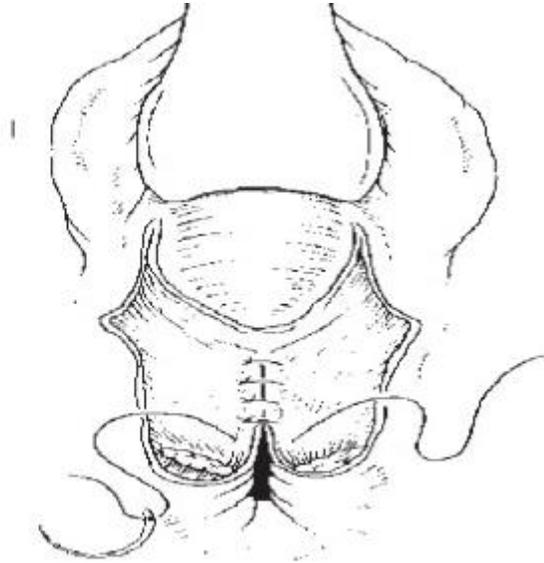
- Brinde apoyo emocional y aliento. Use bloqueo pudendo, raquianestesia. Excepcionalmente, si se pueden visualizar todos los bordes del desgarro, la reparación puede hacerse usando infiltración local con lidocaína.
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión alfondo uterino.
- Examine cuidadosamente la vagina, el cuello uterino, el perineo y el recto.
- Para inspeccionar si el esfínter anal está desgarrado: Coloque un dedo enguantado en el ano y levante ligeramente. Identifique el esfínter, o la ausencia del mismo.
- Palpe la superficie del recto y busque con cuidado para detectar si hay algún desgarro.
- Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.

- Aplique una solución antiséptica al desgarro y elimine cualquier materia fecal, si la hubiere.
- Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.
- Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.

Nota: Aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína.

- Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.
- Coloque el anestésico tempranamente para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.
- Repare el recto utilizando suturas separadas 3-0 ó 4-0 con una separación de 0.5 cm. entre ellas para Juntar la mucosa.
- Recuerde: Suture a través del músculo (no a través de la mucosa).
- Cubra la capa muscular juntando la capa de la aponeurosis con suturas interrumpidas.
- Aplique una solución antiséptica al área con frecuencia.

**CIERRE DE LA PARED
MUSCULAR DEL RECTO
A-20**



Si el esfínter está desgarrado:

- Sujete cada extremo del esfínter con una pinza de Allis (el esfínter se retrae cuando está desgarrado). El esfínter es resistente y no se va a desgarrar al hacer tracción con la pinza.
- Repare el esfínter con dos o tres puntos separados con catgut 0 o Vicryl 0.

SUTURA DEL ESFÍNTER ANAL A-21



**Sutura del esfínter anal
A-21**

Aplique nuevamente una solución antiséptica al área.

- Examine el ano con un dedo enguantado para asegurar que la reparación del recto y del esfínter sea correcta. Luego cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- Repare la mucosa vaginal, los músculos perineales y la piel.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

Si hay un desgarro de cuarto grado, administre una dosis única de antibióticos profilácticos:

- Ampicilina 500 mg vía oral más Metronidazol 500 mg vía oral.
- Dieta líquida y blanda.
- Haga seguimiento estrecho para detectar signos de infección de la herida.
- Evite la administración de enemas y los exámenes rectales durante 2 semanas.
- Administre un ablandador de heces vía oral durante 1 semana, si fuera posible.
- Un desgarro perineal siempre está contaminado con materia fecal.
- Si el cierre se retrasa más de 12 horas, la infección es inevitable.
- En estos casos se indica un cierre primario retardado.
- En el caso de desgarros de primero y segundo grado, deje la herida abierta.
- En el caso de desgarros de tercero y cuarto grado, cierre la mucosa rectal junto con algún tejido de sostén y aproxime la aponeurosis del esfínter anal con 2 ó 3 suturas.
- Cierre el músculo, la mucosa vaginal y la piel perineal 6 días más tarde previa resección y reactivación de los bordes.

Si observa hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida. Si hay signos de infección, abra y drene la herida.

Retire las suturas infectadas y desbride la herida:

- Si la infección es leve, no se requiere antibióticos.
- Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos:
 - Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días.
 - Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.

Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fasciitis necrotizante), administre una combinación de antibióticos empíricamente, hasta que el tejido necrótico se haya extraído y la mujer esté sin fiebre por 48 horas:

- Penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas.
- Más gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario).
- Más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

- Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:
 - Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 3-5 días.
 - Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 3-5 días.

Nota: La fasciitis necrotizante requiere un desbridamiento quirúrgico amplio. Realice una sutura diferida 2-4 semanas más tarde (dependiendo de la resolución de la infección).

La incontinencia fecal puede ser el resultado de la sección longitudinal completa del esfínter. Muchas mujeres pueden mantener el control de la defecación mediante el uso de otros músculos perineales. Cuando la incontinencia persiste, debe realizarse la cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto. La fístula recto-vaginal requiere cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.

EXTRACCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA

DEFINICIÓN

La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional de salud realiza para tratar la retención de la placenta y la hemorragia postparto causada por esta. Se define como la ausencia de salida del canal del parto de placenta por más de 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento.

CONTRAINDICACIONES

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

COMPLICACIONES

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

Inversión uterina.

CONDICIONES PARA EL PROCEDIMIENTO

Consentimiento informado, debido a que en ocasiones el procedimiento no se realiza en condiciones de analgesia profunda, la mujer puede percibir dolor y molestia, por lo cual es importante explicarle cómo se realizará el procedimiento y especialmente, cuáles van a ser dichas molestias.

Los familiares deben estar informados de la complicación que ocurre y si es posible firmar un consentimiento escrito a nombre de la paciente.

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

Elementos claves para extracción manual de placenta retenida

- Canalizar con bránula número 14 o 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámicamente (soluciones o sangre).
- Administrar oxitocina.
- Tome muestra de sangre (Hematocrito y Hemoglobina) y prepare para hacer pruebas cruzadas y trasfundir sangre total si es necesario.
- Brinde apoyo emocional y aliento.
- Si tiene condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no hacer sedación con 10 mg de diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar IV lento.

ANALGESIA

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

ANTIBIOTICOS

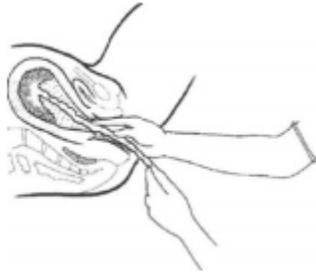
Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.

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

PROCEDIMIENTO

- Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina.

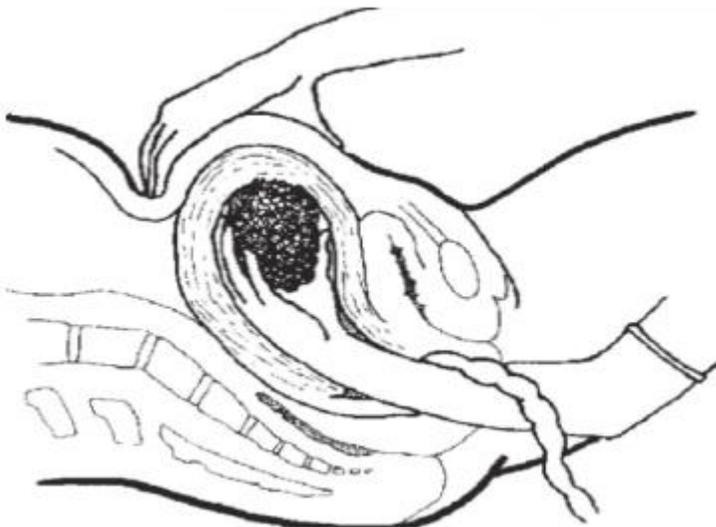
INTRODUCCIÓN DE UNA MANO EN LA VAGINA A LO LARGO DEL CORDÓN UMBILICAL.A-7



- Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina

Nota: Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición normal.

- Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y a pared uterina.



SE SOSTIENE EL FONDO DEL UTERO MIENTRAS SE DESPRENDE LA PLACENTA
A-8

- Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.

- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta ácreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.
- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta.
- Con la otra mano, continúe aplicando contra-tracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.

NO DEL ÚTERO



RETIRO DE LA MANO DEL
ÚTERO A-9

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

PROBLEMAS

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

ATENCION DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

- Observe a la mujer estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV.
- Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.
- Palpe el fondo del útero para asegurarse que continúa contraído.
- Verifique para detectar si hay una cantidad excesiva de loquios.
- Continúela infusión de líquidos IV con Oxitocina por 6 horas más.
- Transfunda según la necesidad.

Corrección de la Inversión Uterina

La corrección de este problema debe realizarse de inmediato, caso contrario se corre el riesgo de que el anillo de constricción del útero se torne más rígido y el útero aumente de volumen con más sangre.

No administre oxicóticos antes de corregir la inversión.

Si el sangrado continúa, evalúe el estado de la coagulación.

Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión.

Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.

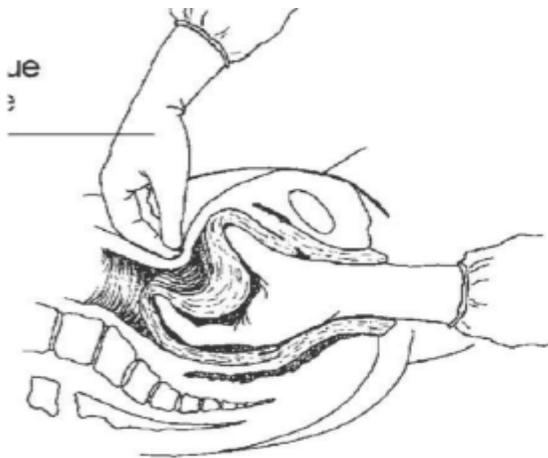
Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.

Si hay signos de infección administre antibióticos igual que una metritis. (Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas + Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario) + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas).

- Si se sospecha necrosis, realice histerectomía vaginal. Para ello puede ser necesario referir a la paciente a una unidad de mayor resolución.
- Lávese las manos.
- Póngase guantes antes de entrar en contacto con la piel, mucosas, sangre u otros fluidos.
- Use barreras protectoras si prevé salpicaduras y derrames de Cualquier fluido orgánico.
- Administre analgésico y Diazepam IV lentamente. Si fuera necesario utilice anestesia general.
- Realice limpieza cuidadosa del útero con solución antiséptica.
- Aplique compresión al útero invertido con un campo estéril y caliente, hasta que esté preparado para realizar el procedimiento.

CORRECCIÓN MANUAL

- Bajo asepsia y antisepsia, primero retire la placenta y membranas.
- Provisto de guantes estériles, introduzca la mano dentro de la vagina sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal, colocando la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero. Otra forma es con el puñocerrado, empujar la parte invertida del útero a través del cuello a fin de volverlo a su posición normal
- Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.
- Reposición Manual de la Inversión Uterina **MANIOBRA DE JOHNSON**



Mano que sostiene el útero. A-22

Si no se logra la corrección, proceda a la corrección manual bajo anestesia general.

- Si la corrección hidrostática no da resultado, intente volver el útero a su posición manualmente bajo sedación o anestesia general y/o regional con el propósito de lograr la relajación del útero.
- Sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal.
- Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.
- Si a pesar de las medidas anteriores no se logra el resultado esperado, puede ser necesaria la corrección Abdomino-vaginal bajo anestesia general:
- Abra el abdomen, realizando una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (Fascia).
- Realice una incisión vertical de 2-3 cm. en la aponeurosis.
- Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos.
- Realice apertura del peritoneo cerca del ombligo. Prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
- Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.
- Realice las siguientes maniobras:
 - Huntington: tracción exagerada de los ligamentos redondos.
 - Oejo: incisión anterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.
 - Haultain: incisión posterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.
 - Si la corrección da resultado, cierre el abdomen, asegurándose de que no haya sangrado, cierre la aponeurosis con sutura continua utilizando catgut crómico o ácido poliglicólico (Vicryl).
 - No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal.

- Si hay signos de infección, taponee el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas separadas de Catgut crómico o ácido poliglicólico (Vicril).
- Cierre la piel posteriormente a que haya pasado la infección.
- Si no hay signos de infección cierre la piel con suturas de Nylon 3/0 y coloque un apósito estéril.
- Una vez corregida la inversión, infunda Oxitocina 2 unidades en 500 ml de Solución Salina al 0.9% IV a 10 gotas por minuto.
- Si se sospecha hemorragia, aumente la velocidad de la infusión a 60 gotas por minuto.
- Si el útero no se contrae después de la infusión, administre Ergometrina 0.2 mg IV
- Administre una dosis de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión.
- Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.
- Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.
- Garantice la vigilancia postoperatoria si utilizó la corrección combinada abdomino-vaginal.
- Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas
- Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas.
- Gentamicina 5 mg/ k de peso IV cada 24 horas (160 mg IV diario).
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. Administre analgésicos.

Ligadura de Arterias Uterinas y Útero Ováricas

- Inicie una infusión IV (dos, si la mujer está en shock) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Si no puede canalizarse una vena periférica, realice una venodisección. Administre una dosis única de antibióticos profilácticos, ampicilina 2 gr IV; o Cefazolina 1 gr IV.

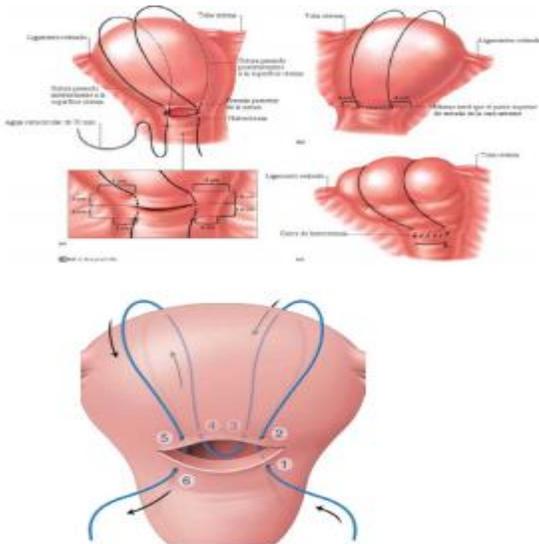
ABRA EL ABDOMEN

- Realice una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (fascia).
- Realice una incisión vertical de 2-3 cm en la aponeurosis.
- Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos de la pared abdominal.
- Utilice los dedos para realizar una abertura del peritoneo cerca del ombligo.
- Utilice las tijeras para prolongar la incisión hacia arriba y hacia abajo con objeto de visualizar completamente el útero. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
- Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.
- Hale del útero para exponer la parte inferior del ligamento ancho.
- Palpe para detectar las pulsaciones de la arteria uterina cerca de la unión del útero y el cuello uterino.
- Utilice una sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol) con una aguja grande; pase la aguja alrededor de la arteria y a través de 2-3 cm del miometrio (músculo uterino) a la altura donde se haría una incisión transversa en el segmento uterino inferior anude la sutura firmemente.
- Coloque las suturas lo más cerca posible del útero, puesto que el uréter se encuentra por lo general a sólo 1 cm. lateralmente de la arteria uterina.

Técnica Descripción de la técnica de B-Lynch

1. Paciente en posición de Lloyd Davies que permite un acceso vaginal y clara visualización del sangrado.
2. En cavidad abdominal se realiza histerotomía segmentaria, o en caso de cesárea reciente se realiza la apertura de la histerorrafia, con la finalidad de evaluar la vacuidad uterina.

3. El útero debe ser exteriorizado y debe comprimirse con ambas manos por el ayudante, de cesar el sangrado se presume una buena respuesta a la técnica.
4. El cirujano iniciará el procedimiento con primer punto en la comisura de la histerotomía a 3 cm debajo y emergiendo 3 cm por sobre el borde superior. Luego, el material de sutura es llevado por sobre el útero hacia la cara posterior evitando que se deslice por el borde del ligamento ancho. En cara posterior, a nivel de los ligamentos útero sacros, punto transversal grueso 3 cm, para luego emerger nuevamente en la cara posterior. Hecho esto, nuevamente se lleva el material por sobre el útero en el lado contralateral hacia la cara anterior, donde nuevamente se ingresa a la cavidad a 3 cm por sobre el borde superior de la histerotomía, saliendo a 3 cm debajo de la misma. Durante todo el procedimiento el ayudante debe mantener el útero comprimido, ya que de esta forma disminuye el riesgo de deslizamiento del material de sutura por el ligamento ancho y evita el trauma uterino.
5. Ambos cabos deben mantenerse tensos y se anudan con doble nudo después de realizar la histerorrafia. La sutura ideal sería un monofilamento reabsorbible, como es el monocryl, con un largo adecuado (idealmente 90 cm) y con aguja suficientemente grande y cómoda.



TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO

- Cuando se han identificado signos de choque hipovolémico.
- Aplique tan rápido como sea posible empezando por los tobillos

- Aplicar el TAN antes de obtener una vía venosa, va a mejorar el acceso a las venas.



Instalación:

- Coloque el TAN debajo de la mujer con la parte superior al nivel de su última costilla
- Bola de espuma debe de estar a nivel umbilical
- Comience con los tobillos con el segmento #1
- En las pacientes más bajas, doble el segmento #1 sobre el segmento # 2.
- Envuélvalo suficientemente ajustado
- A continuación, cierre el segmento #2 en cada pierna tan apretado como sea posible.
- Trate de dejar la rodilla de la mujer en el espacio entre segmentos de manera que ella pueda doblar la pierna.
- Segmento #3, a nivel de los muslos
- El segmento #4, el segmento de la pelvis, va completamente alrededor de la mujer, en el borde inferior al nivel del hueso púbico.
- Coloque el segmento 5, con la bola de presión directamente sobre su ombligo
- A continuación, cierre el TAN usando el segmento #6, no cierre el segmento tan apretado que restrinja la respiración.

Criterios para retiro del TAN

- Sangrado es de < 50 ml por hora, durante dos horas
- Presión arterial sistólica es de >90 mm/Hg
- Hemoglobina es de >7, o el hematocrito es de >20%
- Comenzar con el segmento #1 del tobillo, esperar 15 minutos: controlar la presión arterial y el pulso.
- Si la presión arterial baja 20mmHg, o el pulso aumenta en 20 latidos/minuto después de retirar un segmento, cerrar nuevamente todos los segmentos, aumentar la tasa de fluidos IV, y busca el origen del sangrado.
- Termina el retiro una vez que la presión arterial y el pulso están estables

Balones hemostáticos

Balón de Bakri/Balón con sonda fowley

- Explique al paciente el procedimiento
- Aplique sonda Foley# 16
- Aplique Antibiótico profiláctico
- 2 gramos de Cefazolina IV ó 2 gramos de Ampicilina IV
- Asepsia y antisepsia de área vulvoperineal
- Introduzca el balón con una pinza de anillo hasta alcanzar el fondo uterino,
- Inicie el inflado del balón con jeringa o una venoclisis conectada a la válvula del catéter la cual posee la llave que abre y cierre el circuito.
- Introduce volumen 300cc.
- SSNN 0.9% Max 500 cc.
- Traccione levemente el catéter para que se adose a las paredes.
- Realice un empaquetamiento con gasa el fondo vaginal
- Evalúe el sangrado conectando un reservorio del otro puerto del catéter para monitorear el sangrado si sigue sangrando llevar a sala de operaciones
- Continúe protocolo farmacológico para Hemorragia postparto
- Si sangrado cede se deja por 24 h,
- Para su retiro iniciar sacando liquido de 50 en 50cc y evaluando el sangrado; si se reactiva el sangrado llevar a sala de operaciones

Contraindicaciones

- Hemorragia arterial que requiera exploración quirúrgica.
- Indicación de histerectomía.
- Embarazo.
- Cáncer de cuello uterino.
- Infección activa cérvix, vagina o útero

HISTERECTOMÍA POST-PARTO

Es la extirpación quirúrgica del útero ya sea por vía abdominal como por vía vaginal.

La histerectomía postparto puede ser subtotal, a menos que estén afectados el cuello uterino y el segmento uterino inferior.

La histerectomía total puede ser necesaria en el caso de un desgarro del segmento inferior que se extienda hasta penetrar en el cuello uterino, o cuando hay sangrado después de una placenta previa.

INDICACIONES

- Atonía uterina refractaria al tratamiento médico.
- Ruptura uterina: cuando no se desea fertilidad o la lesión es demasiado extensa para repararla.
- Inversión uterina, cuando la misma es refractaria a la reposición manual. Placenta ácreta.
- Daño extenso del útero, que generalmente se presenta en las localizaciones cornuales o cervicales en donde se produce estallido del útero en un embarazo ectópico.

COMPLICACIONES

- Absceso de cúpula.
- Hematoma de cúpula.
- Lesión vesical.
- Infección de herida quirúrgica.

PROCEDIMIENTO

- Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en choque hemorrágico) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Si no puede canalizarse una vena periférica, realice una venodisección.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos Ampicilina 2 gr IV o Cefazolina 1 gr IV.

Si hay una hemorragia incontrolable después de un parto vaginal, tenga presente que la rapidez es decisiva.

PARA ABRIR EL ABDOMEN

- Realice una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (fascia).
- Realice una incisión vertical de 2-3 cm en la aponeurosis. Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos (músculos de la pared abdominal).
- Utilice los dedos para realizar una abertura del peritoneo cerca del ombligo. Utilice las tijeras para prolongar la incisión hacia arriba y hacia abajo con objeto de visualizar completamente el útero. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
- Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.

SI EL PARTO FUE POR CESÁREA, PINCE LOS SITIOS SANGRANTE A LO LARGO DE LA INCISION UTERINA:

- En caso de sangrado masivo, pida a un asistente que aplique presión sobre la aorta con los dedos, en el abdomen inferior. Esto reducirá el sangrado intraperitoneal.
- Prolongue la incisión de la piel, si fuera necesario.

HISTERECTOMIA SUBTOTAL (SUPRACERVICAL)

- Levante el útero sacándolo del abdomen y hale con delicadeza para mantener la tracción.
- Pince en dos lugares y corte los ligamentos redondos con tijeras. Pince y corte los pedículos.
- Pero ligue después de que haya ocluido las arterias uterinas para ahorrar tiempo
- Desde el borde del ligamento redondo cortado, abra la hoja anterior del ligamento ancho.
- Realice una incisión hasta el punto en el que el peritoneo vesical se repliega sobre la superficie uterina inferior en la línea media o el peritoneo incidido en una cesárea.
- Use dos dedos para empujar la hoja posterior del ligamento ancho hacia adelante, inmediatamente por debajo de la trompa y el ovario, cerca del borde uterino. Con unas tijeras, haga un orificio del tamaño de un dedo en el ligamento ancho. Pince en dos lugares y corte la trompa, el ligamento ovárico y el ligamento ancho a través del orificio en el ligamento ancho.

Los uréteres están cerca de los vasos uterinos. El uréter debe ser identificado y estar expuesto para evitar lesionarlo durante la cirugía o incluirlo en una sutura

- Con unas tijeras, seccione la hoja posterior del ligamento ancho hacia abajo en dirección a los ligamentos úterosacros.
- Sujete el borde del pliegue vesical con pinzas comunes o una pinza pequeña. Usando los dedos o las tijeras, diseque la vejiga hacia abajo separándola del segmento uterino inferior. Dirija la presión hacia abajo, pero hacia adentro, en dirección al cuello uterino y el segmento uterino inferior.

- Localice la arteria y la vena uterinas a cada lado del útero. Palpe para detectar la unión del útero y el cuello uterino. Pince en dos lugares los vasos uterinos en un ángulo de 90°, a cada lado del cuello uterino. Corte y ligue en dos lugares con sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol)
- Observe cuidadosamente para detectar si hay más sangrado. Si las arterias uterinas se han ligado.
- Correctamente, el sangrado debería detenerse y el útero debería verse pálido.
- Vuelva a los pedículos pinzados de los ligamentos redondos y tuboováricos, y líquelos con una sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Con unas tijeras, ampute el útero por encima del nivel en el que se han ligado las arterias uterinas
- Cierre el muñón del cuello uterino utilizando suturas interrumpidas de catgut cromado 1 (o vicryl).
- Inspeccione con cuidado el muñón del cuello uterino, las hojas del ligamento ancho y cualquier otra estructura del piso pélvico para detectar si hay sangrado.
- Si persiste un sangrado ligero o se sospecha un trastorno de la coagulación, coloque un drenaje a través de la pared abdominal. No coloque un drenaje a través del muñón del cuello uterino, ya que puede causar una infección postoperatoria.
- Asegúrese de que no haya sangrado. Extraiga los coágulos utilizando una compresa.
- En todos los casos, verifique que no haya lesión en la vejiga. Si se identifica lesión repárela.
- Cierre la aponeurosis (fascia) con una sutura continua de catgut cromado 1 (o Vicryl 1).
- Observación: No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal.
- Si hay signos de infección, tapone el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas sueltas de catgut 0 (o poliglicol). Cierre la piel con una sutura retardada después de que haya pasado la infección.
- Si no hay signos de infección, cierre la piel con suturas verticales de nailon (o seda) 2/0 y coloque un apósito estéril.

HISTERECTOMÍA TOTAL

Para la histerectomía total son necesarios los siguientes pasos adicionales:

- Empuje la vejiga hacia abajo para liberar los 2 cm superiores de la vagina.
- Abra la hoja posterior del ligamento ancho. Pince, ligue y corte los ligamentos úterosacros.
- Pince, ligue y corte los ligamentos cardinales, que contienen las ramas descendentes de los vasos uterinos. Este es el paso crítico de la operación:
- Sujete el ligamento verticalmente con una pinza de dientes grandes (por ejemplo, una pinza Kocher);
- Coloque la pinza a 5 mm al lado del cuello uterino y corte el ligamento cerca del cuello uterino, dejando un muñón medial respecto de la pinza por razones de seguridad.
- Si el cuello uterino es largo, repita el paso dos o tres veces, según la necesidad.
- Los 2 cm superiores de la vagina deberían ahora estar libres de anexos.
- Recorte la vagina lo más cerca posible del cuello uterino, pinzando los puntos sangrantes a medida que aparezcan.
- Coloque suturas hemostáticas angulares, que incluyan a los ligamentos redondos, cardinales y úterosacros.
- Coloque suturas continuas en el manguito vaginal para detener la hemorragia.
- Cierre el abdomen (de igual manera que en el caso anterior) después de colocar un drenaje en el espacio extra peritoneal, cerca del muñón del cuello uterino.

Atención después del procedimiento Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.

- Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas, Administre analgésicos, Si no hay signos de infección, retire el drenaje abdominal después de 48 horas si no está drenando.
- Administre analgésicos (MINSA, 2018)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio: Este estudio se realizara en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, de perfil ginecoobstétrico, ubicado en la ciudad de Managua, Nicaragua.

Universo: 53 pacientes diagnosticadas con Hemorragia postparto y que se le aplicaron maniobras que salvan vidas en el periodo en estudio.

Muestra: 44 pacientes que presentaron Hemorragia postparto, que se le aplicaron las maniobras que salvan vidas en el periodo de estudio y aquellas con expedientes completos para el estudio.

Muestreo: no probalístico por conveniencia.

Criterios de exclusión:

- Expedientes incompletos.
- Pacientes atendidas fuera del periodo de estudio.

Criterios de Inclusión:

- Expedientes con información completa para el estudio.
- Pacientes atendidas en el periodo de enero a diciembre del 2019

Fuentes de información: Secundaria debido a que la investigación se realizara con Expedientes clínicos.

Técnicas de recolección de la información:

Se solicitara mediante un permiso al jefe del área de maternidad para la recolección de la información de pacientes que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2019 para ser atendidas por parto vía vaginal o cesárea y presentaron Hemorragia Post Parto y se les realizó maniobras que salvan vidas, se evaluarán los expedientes clínicos, además de la recolección de datos en el servicio de maternidad con libros de registro; se realizara una lista de recolección de información que comprenda los datos que requerimos para este

trabajo, al igual se aplicarán los diferentes instructivos de validación de calidad emitidos por el MINSA.

Procesamiento de la información:

La información obtenida de procesará a través de paquetes estadísticos y utilizando medidas de frecuencia y porcentaje, lo obtenido se presentará en tablas y gráficos.

Lista de variables

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes en estudio.
 - Edad
 - Escolaridad
 - Procedencia
 - Ocupación
 - Estado civil
 - Religión
2. Valorar los datos Gineco-Obstétrico de las pacientes en estudio
 - Semanas de gestación
 - Controles prenatales
 - Inicio de vida sexual activa
 - Gestas
 - Partos
 - Abortos
 - Cesáreas
 - Legrados
3. Determinar el diagnostico de hemorragia postparto y grado de shock

Volumen de sangre perdido

Tensión arterial media

Síntomas y signos

Grados de Shock

- Compensado
- Leve

- Moderado
- Severo

4. Enumerar las maniobras realizadas en el manejo de la hemorragia postparto

Compresión bimanual del útero

Compresión de la aorta Abdominal

Extracción manual de la placenta

Uso Balones hemostáticos (balón de bakri)

Ligaduras de arterias hipogástricas

Ligadura de arterias uterinas y útero ováricas

Sutura B-Lynch

Uso de traje antichoque no neumático

Histerectomía post-parto

5. Analizar la eficacia de las maniobras que salvan vidas en las pacientes en estudio.

Excelente

Buena

Regular

Baja

6. Evolución de los pacientes atendidos y sus bebés.

No satisfactorio

Satisfactorio

Operacionalización de variables

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala/ valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento es que registro en el expediente	años	Menor de 15 15-19 20-34 ≥ 35
Escolaridad	Nivel educativo	Según expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
Procedencia	Lugar de origen	Según expediente	Urbano Rural
Ocupación	Actividad habitual de una persona o trabajo	Según expediente	Ama de casa Trabajadora domestica Comerciante Secretaria Otros:_____
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Según expediente	Soltera Casada Unión de hecho estable
Religión	Creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Según expediente	Evangélico Católico Testigo de Jehová Mormón Adventista

2. Valorar los datos Gineco-Obstétrico de las pacientes en estudio

Variable	Definición	Indicador	Escala/ Valor
Semanas de gestación	período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento	Según expediente	Menor de 37 SG Entre 37-41 SG Mayor a 42SG
Controles prenatales	Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido	Según expediente	Ninguno Entre 1-3 Entre 4-5 Mayor de 5
Inicio de vida sexual activa	Conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda de emoción sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo.	Según expediente	Menor de 15 años Entre 15-19 años Mayor de 20 años
Gestas	Número de embarazos que presenta la mujer a lo largo de su vida incluyendo el actual	Según expediente	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta
Partos	Culminación del embarazo o proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación	Según expediente	Nulípara Primíparas Multíparas

Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno	Según expediente	Ninguno Entre 1-2 3 o mas
Cesáreas	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina	Según expediente	Ninguna Entre 1-2 3 o mas
Legrados	uso de una legra o cureta para eliminar tejido del útero mediante raspado o cucharillado	Según expediente	Ninguno Más de 1

3. Determinar el diagnóstico de hemorragia postparto y grado de shock

Variable	Definición	Indicador	Escala / Valor
Volumen de Sangre perdido	Disminución o pérdida significativa en la cantidad normal de sangre	Según expediente	Si No
Tensión arterial media	Es la media aritmética de los valores de las presiones sistólica y diastólica. Se calcula en 2 veces la diastólica más la sistólica, entre tres.	Según expediente	Normal Disminuida
Signos y Síntomas	Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente. los síntomas, son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente	Según expediente	Presentes Ausentes
Grados de shock	Estado en el que entra el cuerpo cuando no recibe aporte suficiente de sangre a los tejidos y, por tanto, no llega el oxígeno necesario a los órganos para que éstos realicen sus funciones. Como resultado se produce un fallo multiorgánico.	Según expediente	Compensado Leve Moderado Severo

4. Enumerar las maniobras realizadas en el manejo de la hemorragia postparto

Variable	Definición	Indicador	Escala/ Valor
Compresión bimanual del útero	Técnica que consiste en realizar un puño dentro del canal vaginal dirigido al fondo del saco anterior a nivel de la vejiga y con la otra mano se sitúa por encima del abdomen hacia el fondo uterino y entre los dos se realiza la compresión en forma continua.	Según expediente	Utilizada No utilizada
Compresión de la aorta Abdominal	Maniobra en la cual se aplica presión hacia abajo con el puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal y con la otra mano palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.	Según expediente	Utilizada No utilizada
Extracción manual de la placenta	Consiste en tomar el cordón umbilical e ir en su misma dirección hasta llegar a la placenta y con la otra mano fijar el fondo uterino, con la parte cubital realizar el desprendimiento en forma cercenante hasta extraerla	Según expediente	Utilizada No utilizada

Balones hemostáticos Balón de bakri	Es un tratamiento obstétrico que consiste en la inserción de un dispositivo a través del canal vaginal hasta el útero con el fin de contener la hemorragia, llenando un balón inflable con liquido estéril (ej: Solución salina) comprimiendo el tejido de las paredes internas del útero favoreciendo el aumento de las contracciones del puerperio.	Según expediente	Utilizada No utilizada
Ligaduras de arterias hipogástricas	Es la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas que es un procedimiento eficaz para controlar la hemorragia postparto severa	Según expediente	Utilizada No utilizada
Ligadura de Arterias Uterinas y Útero Ováricas	procedimiento médico que consiste en el pinzamiento de arterias uterinas y útero ováricas en hemorragia puerperal	Según expediente	Utilizada No utilizada
Sutura B-Lynch	Consiste en un tratamiento quirúrgico conservador que mantiene la compresión longitudinal, con una distribución uniforme de la tensión en las paredes uterinas, incluso cuando la presión de pulso de la pelvis vuelve a la normalidad	Según expediente	Utilizada No utilizada
Histerectomía post-parto	Es la extirpación quirúrgica del útero.	Según expediente	Utilizada No utilizada

5. Analizar la eficacia de las maniobras que salvan vidas en las pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala/ Valor
Excelente	Que es muy bueno o que sobresale en alguna cualidad	Según expediente	Presente Ausente
Buena	es adecuado u oportuno	Según expediente	Presente Ausente
Regular	es de calidad mediana y/o intermedia	Según expediente	Presente Ausente
Baja	No es adecuado y tampoco se dieron los resultados esperados	Según expediente	Presente Ausente

6. Evolución de los pacientes atendidos y sus bebés.

Variable	Definición	Indicador	Escala/ Valor
Satisfactorios	cumple con lo esperado, deseado o requerido	Según expediente	Si No
No satisfactorio	No cumple con lo esperado, deseado o requerido	Según expediente	Si No

Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 44 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los resultados en nuestro estudio según las características socio demográficas de las pacientes que presentaron hemorragia postparto, en el grupo de menor de 15 años de edad no se encontraron casos, el grupo de 15 a 19 años con 12 casos (27%), seguido del grupo de 20 a 34 años con 28 casos (64%) siendo este grupo etario donde más se encontró la hemorragia postparto, y en las pacientes mayores de 35 años con 4 casos (9%). (Anexos, Ver tabla 1, grafico 1.1).

Según la escolaridad se encontró que 4 pacientes (9%) eran analfabetas, 10 pacientes (23%) habían cursado primaria, seguido por 26 pacientes (59%) en secundaria y 4 pacientes (9%) habían cursado educación superior. (Anexos, Ver tabla 1, grafico 1.2).

En cuanto a la procedencia se encuentran mayormente en la parte urbana con 40 pacientes (91%) y con menor prevalencia las mujeres del área Rural con 4 pacientes (9%). (Anexos, ver Tabla 1, Grafico 1.3)

Entre los factores socio demográficos como la ocupación observamos que la mayor parte que representa a 43 mujeres (98%) eran amas de casa, 1 mujer comerciante (2%). (Anexos, Ver Tabla 1, Grafico 1.4)

El estado civil de las mujeres en estudio 3 mujeres (7%) eran solteras y 15 (34%) eran casadas, acompañadas o unión de hecho estable 26 mujeres (59%). (Anexos, ver Tabla 1, Grafico 1.5)

Entre la religión que profesaban las participantes del estudio 15 mujeres (34%) eran evangélicas, otras 26 (59%) eran católicas, 2 de ellas (5%) son testigos de Jehová y 1 (2%) eran adventistas. (Anexos, ver Tabla 1, Grafico 1.6).

En cuanto a los datos Gineco-Obstétrico en las semanas de gestación 14 mujeres (32%) eran de menor de 37 SG, de las que tenían 37-41 SG eran 28 mujeres (64%), mayor de 42 SG se encontraron 2 mujeres (5%). (Anexos, ver Tabla 2, grafico 2.1)

En los datos gineco-obstétricos correspondiente a los controles prenatales las mujeres que no tenían ningún CPN se encontraban 8 (18%), mientras las que se realizaron de 1 a 3 CPN se encontraron 13 mujeres (30%), las que se realizaron entre 4 a 5 fueron 20 mujeres (45%) y las que tuvieron mayor de 5 CPN fueron 3 (7%). (Anexos, Tabla N° 2, Grafico 2.2).

El inicio de la vida sexual activa de las participantes que se encontraron 10 mujeres (23%) fue antes o menor de 15 años, entre las de 15 a 19 años están 32 mujeres (73%) y luego las mujeres mayores de 20 años se encuentran 2(5%). (Anexos, Tabla N° 2, Grafico 2.3).

En cuanto los partos por vía vaginal se encuentran 20 mujeres (45%) y los por vía cesárea son 5 (11%), también en los antecedentes vale recalcar que en la muestra de las 44 pacientes 11 de ellas (25%) tuvieron un aborto y ninguna se le realizo Legrado. (Anexos, Tabla N° 2, Grafico 2.4).

Entre los antecedentes ginecológicos como gestas previas encontramos que las pacientes del estudio un porcentaje de 10 mujeres (23%) habían tenido 4 o más de 4 embarazos, 5 mujeres (11%) habían tenido de 3 embarazos, 6 de estas (14%) tenían 2 embarazos y 23 mujeres (52%) habían presentado solamente un embarazo. (Anexos, Tabla N° 2, Grafico 2.5).

De la misma manera, se valoraron los antecedentes patológicos personales en donde se obtuvo que 4 mujeres (9%) presentaron síndrome metabólico (únicamente diabetes Mellitus), 3 de estas (7%), con enfermedades cardiacas (HTA, ICC), 1 de ella (2%) con enfermedad respiratoria (asma), 1 de ella (2%) enfermedad renal (IRA), 1 de ella (2%) enfermedad oncológica (CACu), también 1 de ella (2%) enfermedad neurológicas (Epilepsia) y 35 (80%) de las pacientes no presentaban ninguna enfermedad crónica. (Anexos, Tabla N° 2.1, Grafico 2.6)

Al igual, se evaluaron los antecedentes patológicos familiares en donde se obtuvo que mayormente en si 29 de estas (66%) no poseían ningún antecedente familiar al igual que tampoco sus familiares habían experimentados enfermedades Renales, Respiratorias, Oncológicas, Neurológicas, sin embargo si poseían con enfermedades metabólicas

(Diabetes Mellitus) de 11 (25%) y cardíacas (HTA, ICC) en 9 (25%). (Anexos, Tabla N° 2.1, Grafico 2.7)

Entre los hallazgos reportados por el PAP se encontró que 31 mujeres (70%) su PAP había resultado normal, 12 de estas (27%) no se habían realizado y que 1 mujer (2%) habían resultado anormal. (Anexos, Tabla N° 2.1, Grafico 2.8).

En la parte de los antecedentes durante el parto, en cuanto al inicio del trabajo del parto en un 27% (12) fue espontaneo, mientras tanto en el 30% (13) se dieron de manera inducida, el 23% (10) se les realizo la cesárea electiva, mientras tanto en el 20% (9) se le practico la Cesárea de Emergencia. Su finalización del evento obstétrico fue en un 57% (25) por vía vaginal y en el 43% (19) por vía cesárea. (Anexos, Tabla N° 2.1, Grafico 2.9)

En cuanto al diagnostico de las pacientes de hemorragia postparto 18 de ellas (41%) perdieron considerablemente sangre y 26 de estas (59%). De las cuales 26 de estas (59%) su PAM estaba en rangos normales y 18 de ellas (41%) se vio disminuida. Referente a los signos y síntomas de la hemorragia postparto en 30 pacientes (68%) estaban presentes y en 14 de ellas (32%) no se encontraron. Sin embargo se encontraron que en estas pacientes presentaron algún grado de shock de las cuales 18 mujeres (41%) estaban con shock compensado, 8 de estas (18%) eran leve, 12 de ellas (27%) era moderado y sin embargo 6 pacientes (14%) sufrieron un shock severo. (Anexos, Tabla N° 3, Grafico 3.1, 3.2, 3.3, 3.4).

A parte de ellos, entre las causas de hemorragia postparto se encontró que un 75% (33) fue por el tono, 14% (6) por trauma, 11% (5) por tejido y 0% (0) por trombina. (Anexos, Tabla 3.1, Grafico 3.5)

El MATEP se cumplió mayormente en 31 (70%) de las pacientes, En lo que respecta a las otras maniobras, si el sangrado continuó se realizó compresión bimanual del útero en ninguna ocasión (0%), la compresión de la aorta abdominal se cumplió en un 1 (2%), la extracción manual de la placenta se realizo en 2 (5%) pacientes, también en el uso de traje Antichoque 1 (2%), la sutura B-Lynch se utilizo en 2 (5%) mujeres, el balón de Bakri no se utilizo (0%), la ligaduras de Arterias Hipogástricas se practico en 3 (7%) ocasiones, la ligadura de arterias Uterinas en 1 (2%), la ligadura de arterias Útero Ováricas no se realizo

(0%) y la histerectomía postparto en su totalidad se realizo en 9 (20%) pacientes. (Anexos, Tabla N° 4, Grafico 4)

En cuanto a las maniobras de que salvan vidas el resultado que se encontró que la eficacia en un 20% (9 pacientes) fue excelente, 64% (28 mujeres) era bueno el plan efectuado, mientras en el 16% (7 de ellas) fue regular y ninguna de estas fue baja (0%). (Anexos, Tabla N° 5, Grafico 5)

Discusión y análisis

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. Aproximadamente el 40% de las embarazadas puede sufrir problemas asociados al embarazo, y el 15% presenta complicaciones que tienen secuelas a largo plazo o que ponen en peligro sus vidas. Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 530.000 mujeres mueren anualmente en el mundo a causa de complicaciones asociadas al embarazo y al parto. Por lo general, la mayoría de estas muertes ocurre en países en desarrollo, debido a que con frecuencia las mujeres de estos países no tienen acceso a la atención necesaria para salvarles la vida.

La edad es un factor de riesgo importante para el desarrollo de la Hemorragia en los extremos de la vida, en menores de 15 años y las pacientes mayores de 35 años. (MEDICINE, 2014).

En nuestro estudio encontramos de que las edades promedios de las pacientes que ingresaron al servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque un 64% (28) de pacientes se encontraban en el grupo de edad fértil entre 20-34 años, no considerando esta como un factor de riesgo, sino conocido a nivel mundial como el grupo etario óptimo para el embarazo según la OMS, pero sin embargo se debe de considerar como un factor de riesgo importante ya que la prevalencia en estas edades va en aumento en relación con los demás grupos en estudio, por lo cual la vigilancia continua, después del parto debe estar orientadas a todas las pacientes sin importar la edad. (Ver Anexos, Tabla N°1, Grafico 1.1) (Donoso, Carvajal, & Vera, 2014)

La mayoría de las pacientes residían 91% (40) en la zona urbana, aunque existió marcada diferencia significativa entre ambas zonas, esto significa posiblemente que este grupo tiene más accesos y cobertura a los servicios de salud, en comparación con las pacientes de las zonas rurales pudiendo ser este un factor prevalente del porque la mayoría de las pacientes son de zonas urbanas. (Ver Anexos, Tabla N°1, Grafico 1.3)

En la escolaridad el 59% (26) habían cursado en los estudios hasta la secundaria y era de manera incompleta, condicionando las expectativas económicas y laborales de las mujeres favoreciendo un nivel mayor de pobreza del que ya tenían; evidenciando que el nivel educativo bajo, dificulta la transferencia de información y educación sobre el cuidado de la

salud, determinando ciertas actitudes y creencias sobre el proceso de salud y enfermedad, y siendo un factor muy importante. (Ver Anexos, Tabla N°1, Grafico 1.2) (Manzanarez & Núñez, 2015)

En cuanto a la ocupación las amas de casa presentaron mayor incidencia de hemorragia post parto en un total de 98% (43), lo que pareciera que las amas de casas son las que predominan en este estudio. (Ver Anexos, Tabla N°1, Grafico 1.4)

Sin embargo, en cuanto a la religión es de predominio en un 59% católico y en la parte del estado civil un 59% (26) acompañadas lo cual puede deberse a que se ha culturalizado este tipo de unión por acuerdo voluntario, por la pérdida de valores o por embarazos tempranos. (Ver Anexos, Tabla N°1, Grafico 1.5 y 1.6) (INEC, 2014)

Los datos encontrados contrastan con los del estudio realizado por Pedro Arauz en el Hospital Bertha Calderón Roque, en donde se obtuvo que el grupo etario que predominó fue entre 15-19 años con un 42.9%, procedencia urbana con 62.3%, estado civil soltera 40.5%, escolaridad primaria 46%; sin embargo tienen similitud con otro estudio de Fátima Torres en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe 2016, donde se encontró la edad fue de un 48.7% (19) entre 20-35 años, procedencia 66.7% (26) rural, escolaridad 61.5% (24) secundaria incompleta, ocupación que se encontró que un 82.1% (32) eran ama de casa, estado civil un 69.2% (27) acompañadas.

Según las gestas previas, demostró que el mayor grupo de mujeres atendidas eran primigestas con 52% (23), esto pudo ser debido al tamaño exagerado del feto, tejidos rígidos a nivel del cérvix, conducto vaginal y periné, serían los factores que se asocian a la prevalencia que se produzca la hemorragia postparto en estas pacientes. (Ver Anexos, Tabla N°2, Grafico 2.5) (Iglesias & Urbina, 2016)

Los datos epidemiológicos nacionales mencionan que la mayoría de los productos son partos en edades comprendidas entre 37 a 41 semanas de gestación las cuales se dio en el 64% (28), lo que coincide con los resultados de nuestro estudio. (Ver Anexos, Tabla N°2, Grafico 2.1) (MINSa, 2015)

Estas mujeres iniciaron su vida sexual en el 73% (32) en edades de 15 a 19 años, debido a la pérdida de valores y haciendo conductas de riesgo según la OMS, al poder quedar

embarazadas sin tener la edad optima reproductiva. (Ver Anexos, Tabla N°2, Grafico2.3) (OMS, 2018)

En estas pacientes se encontraron que el 25% (11) había tenido al menos un aborto y ninguna de ellas se le había practicado un legrado. (Ver Anexos, Tabla N°2, Grafico 2.4)

Según las normas del MINSA, en general cada embarazo debe contar con un mínimo de 4 a 5 controles prenatales, en nuestro estudio encontramos que un 45% (20) se realizaron de 4 a 5 controles prenatales, y un 30% (13) se realizaron de 1 – 3 CPN; es notorio que casi la mitad de las pacientes sumando los que no se realizaron ninguno 18%(8) no recibieron los controles normados que nos permitirían determinar y establecer el riesgo de padecer algún tipo de complicación como la hemorragia postparto, sin embargo dichos resultados ponen en discusión la calidad de la intervención obstétrica, por la presencia de la gestante en los servicios de salud y cuya atención no contribuyó a vulnerar los riesgos asociados a la gestación, por ello la importancia de promover y realizar captación temprana de los embarazos. (Ver Anexos, Tabla N°2, Grafico 2.2)

En cuanto a los antecedentes patológicos personales el 80% (35) no poseía ninguno, en los antecedentes patológicos familiares el 66% (29) tampoco poseían ninguna patología y los resultados del PAP en el 70% (31) se encontraban normal, sin embargo llama la atención que un buen porcentaje del 27% (12) no se había realizado ningún PAP, lo cual pudo influir en la hemorragia postparto al no saber si alguna de las pacientes presentaba alguna lesión maligna en el canal del parto, pudiendo haber influido en más de alguna de estas pacientes. (Ver Anexos, Tabla N°2.1, Grafico 2.6, 2.7 y 2.8)

En cuanto al inicio del trabajo de parto se encontró que el 30% (13) fue de manera inducida y su finalización se dio mayormente por vía vaginal en un 57 % (25) pacientes, teniendo en cuenta estos datos se determinó que las mujeres atendidas por un parto vaginal y con inducción del trabajo de parto tuvieron mayor incidencia de HPP ya sea por un mal manejo del tercer periodo del parto o una mala valoración médica. (Ver Anexos, Tabla N°2.2, Grafico 2.9)

Por lo antes mencionado no es posible identificar de manera consistente a las mujeres que presentan un mayor riesgo de sufrir una hemorragia post parto, ya que 2/3 de los casos no

tienen factores de riesgo identificables, podemos afirmar que la hemorragia obstétrica podrá ocurrir a cualquier mujer en cualquier parto.

En cuanto a la caída de la PAM en el 59% resulto normal, los signos y síntomas de la HPP estaban presentes en el 68% (30) y el grado de shock de mayor frecuencia fue el compensado; sin embargo en un 41 % (18) si sumamos el shock moderado y severo perdieron más de 1500 ml de sangre al considerar la escala valor para reconocer los grados de shock por lo cual sufrió transfusiones severas y las pérdidas de volumen son considerablemente grandes, causando secuelas de cualquier tipo en las pacientes, como Falla hepática, secuelas Psicológicas, Endocarditis por uso de dispositivo intravenoso, Infecciones asociadas a los cuidados de la salud, Infertilidad; sin embargo no presentándose en ninguna de las pacientes de este estudio. (Ver Anexos, Tabla N°3, Grafico 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4)

La causa de hemorragia postparto de mayor prevalencia continúa siendo por el Tono con un 75% (33) de las pacientes. El plan terapéutico más utilizado en cuanto a las maniobras que salvan vidas fue el MATEP con un 70% (31) y cuando el sangrado no paraba, se necesitó utilizar otras maniobras para preservar la vida estas son la Histerectomía postparto con un 20% (9) siendo estas dos las más utilizadas en estas pacientes seguida de la Ligadura de arterias hipogástricas con el 7% (3), Sutura B-Lynch y la extracción manual de la placenta con el 5% (2), también el uso de traje antichoque y Ligadura de Arterias Uterinas con el 2% respectivamente(2). (Ver Anexos, Tabla N°3.1, 4; Grafico 3.5, 4)

El plan terapéutico de estas pacientes ha sido clave debido a que ninguna falleció luego que se le practico su debido tratamiento y la efectividad está definida entre buena con un 64% (28) hasta excelente con un 36%(16), esto nos indica que las maniobras que salvan vida nos ayudan a la reducción de la morbi-mortalidad materna y su evolución es satisfactoria ya que no hubo ningún deceso de ninguna paciente en este estudio y se evitó en la mayor parte las complicaciones de sufrir una hemorragia postparto. (Ver Anexos, Tabla N°5, Grafico5)

Conclusiones

En relación a los datos generales de los pacientes en estudio, estos se caracterizaron que el grupo etario que predominó es 20 a 34 años, de procedencia urbana y nivel escolar secundaria. En cuanto a la ocupación mayormente eran ama de casa, en unión de hecho estable, con religión católica.

En cuanto a los datos gineco-obstétricos, las mujeres con 37 a 41 semanas de gestación son las más presentes, se realizaron de 4 a 5 controles prenatales, con inicio de vida sexual entre 15 y 19 años, primigestas, con antecedentes de partos vaginales, con antecedentes de abortos, resultados de PAP normal, la gran mayoría no tenían antecedentes patológicos personales y más de la mitad no tenían antecedentes patológicos familiares.

En los antecedentes durante el parto que nos llevaron al diagnóstico de hemorragia post parto, el inicio de trabajo de parto fue mayormente inducido y la finalización de este evento obstétrico por vía vaginal, el volumen de sangre perdido no fue considerable, la presión arterial media era normal, presentaron signos y síntomas, el grado más frecuente de shock fue el compensado, la causa más común de hemorragia postparto sigue siendo por el tono (hipotonía).

El plan terapéutico más utilizado en estas pacientes como maniobra para salvar vidas es el MATEP y la eficacia terapéutica fue la mayor parte buena y excelente, sin ningún fallecimiento de las pacientes en estudio.

Recomendaciones

- 1) A las autoridades del MINSA en conjunto con la dirección Materno-Infantil mantener un ritmo estrecho con respecto a la actualización de las maniobras que salvan vida para que se aplique en el momento oportuno.
- 2) A los directores de SILAIS y de unidades de salud que refieren pacientes al hospital Bertha Calderón, se realice el traslado adecuado de acuerdo a normativas establecidas.
- 3) Que se realice un programa de formación educacional continua y evaluado a cerca de la importancia de la aplicación de las maniobras que salvan vidas desde el lugar de origen o de captación, para que así el paciente lleve un buen porcentaje de la atención.
- 4) A las jefaturas del hospital Bertha Calderón junto a los jefes de servicio evaluar continuamente si poseen conocimiento del LADA en el momento oportuno.
- 5) Al personal médico que mejoren en un 100% su escritura en los expedientes clínicos, según normativa 004, para así mismo tener una información clara y detallada para este tipo de estudio.
- 6) Al director del hospital en conjunto con la jefa de estadística se establezcan comisiones dedicadas a la revisión periódica continua del orden de los expedientes clínicos y el cumplimiento total de la lista de Chequeo al Protocolo para la Atención de la Hemorragia Postparto, normativa 109, de las pacientes atendidas; para servir no solamente para estudios futuros, sino como base legal de defensa en estas pacientes de alto riesgo de morir.

Bibliografía

- Amador, H. (2017). *Cumplimiento del protocolo de Hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017*. Boaco, Nicaragua.
- Donoso, E., Carvajal, J., & Vera, C. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 1-7.
- Dr. Osorio, N. (2015). *CALIDAD EN EL MANEJO DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POST PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL A SEPTIEMBRE 2015*. Managua.
- FLASOG. (2017). *Hemorragia Postparto ¿Donde estamos y hacia dónde vamos?*
- Iglesias, J., & Urbina, D. (2016). Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del HECAM. Matagalpa.
- INEC. (14 de enero de 2014). El Comercio. Recuperado el 24 de febrero de 2020, de <https://www.elcomercio.com/tendencias/jovenes-de-15-a-29.html>
- Joya, Acevedo, & Loaisiga. (2015). *FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO*. Managua, Nicaragua.
- Manzanares, M., & Núñez, E. (2015). *PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA POST PARTO EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES CON NACIMIENTOS VAGINALES A TÉRMINO EN EL HOSPITAL BERTHA*. Managua.
- MEDICINE, A. S. (2014). *Edad y Fertilidad*. BIRMINGHAM, ALABAMA.
- Ministerio de Salud. (2013). *Normativa de atención de hemorragia postparto*.
- MINSA. (2015). *Normativa 011, NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO*. Managua.
- MINSA. (2018). *Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas*. Managua, Nicaragua.
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva*.

OPS, & OMS. (2015). *La Hemorragia Postparto*.

S., F. (2008). *Tratamiento para la hemorragia postparto primaria*. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2018 ©.

Sobalvarro, B., & Ulloa, M. (2013-2014). “*Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de junio 2013 a junio 2014*”. Boaco, Nicaragua.

Torres, F. (2016). *CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ESCUELA SANTIAGODE JINOTEPE DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2016*. Carazo.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos del paciente:

1. Datos del paciente

- Código del paciente:
- Diagnostico
- Fecha de ingreso:
- Fecha de Egreso: Edad:
- Procedencia:
- Ocupación:
- Estado civil: Soltero Casado UE Otros
- Religión:
- Escolaridad:

2. Antecedentes

- Hábitos tóxicos: Tabaco Alcohol Drogas
- Antecedentes patológicos personales: No Si ¿cuál?
- Antecedentes patológicos familiares: No Si ¿cuál?
- Antecedentes gineco-obstétricos: G: P: A: C: L:
 - CPN:
 - IVSA:
 - Fin de ultimo embarazo: / /
 - PAP: No Realizado: con alteraciones: sin alteraciones:

3. Antecedentes durante el Parto

- Inicio del trabajo de parto
 - Esponaneo Misoprostol Oxitocina Cesárea Electiva
 - Cesárea de Emergencia
- Finalización del evento Obstétrico
 - Parto vía Vaginal Parto vía Cesárea

4. Causa de la hemorragia postparto

Tono Trauma Tejido Trombina

5. Diagnostico:

- PAM: Normal Disminuida
- Signos y síntomas: Presentes Ausentes
- Grados de shock

Compensado Leve Moderado Severo

6. Uso de hemoderivados: No Si

¿Cuáles?

7. Plan Terapéutico

- Tratamiento médico: No Si
 - MATEP
 - Compresión Bimanual del Útero
 - Compresión de la aorta abdominal
 - Extracción manual de la placenta
 - Uso de traje antichoque
- Tratamiento quirúrgico
 - Sutura B-Lynch
 - Balón de bakri
 - Ligaduras de arterias hipogástricas
 - Ligadura de Arterias Uterinas
 - Ligadura de Arterias Útero Ováricas
 - Histerectomía post-parto

8. Eficacia del plan Terapéutico

Excelente Buena Regular Baja

Tabla N°1

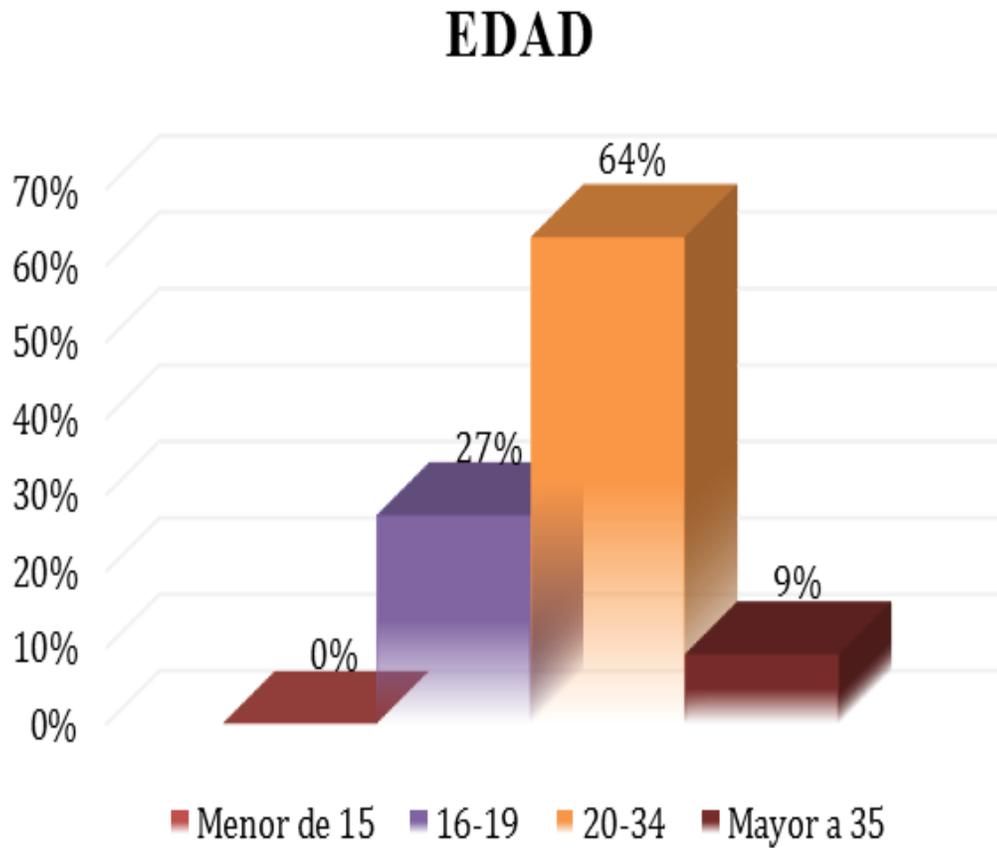
Datos socio-demográficamente de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizó maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Factores socio-demográficos	Frecuencia	%
Edad		
Menor de 15	0	0%
15-19	12	27%
20-34	28	64%
≥ 35	4	9%
Escolaridad		
Analfabeta	4	9%
Primaria	10	23%
Secundaria	26	59%
Universidad	4	9%
Procedencia		
Urbano	40	91%
Rural	4	9%
Ocupación		
Ama de casa	43	98%
Comerciante	1	2%
Estado Civil		
Soltera	3	7%
Casada	15	34%
Unión de hecho estable	26	59%
Religión		
Evangélico	15	34%
Católico	26	59%
Testigo de Jehová	2	5%
Adventista	1	2%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 1.1

Edad de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

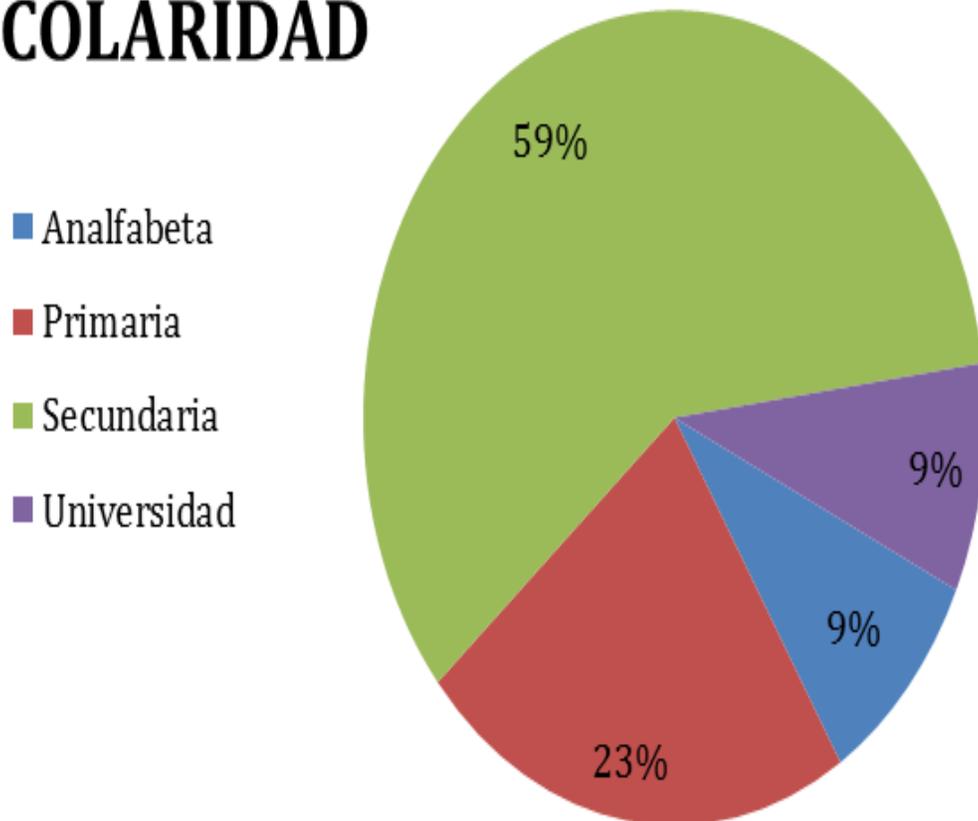


Fuente: Tabla N°1

Gráfico 1.2

Escolaridad de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

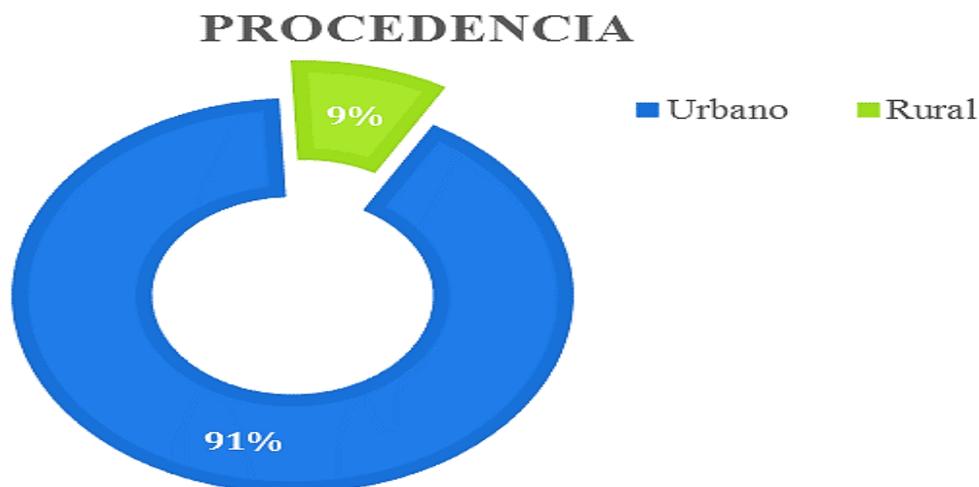
ESCOLARIDAD



Fuente: Tabla N°1

Gráfico 1.3

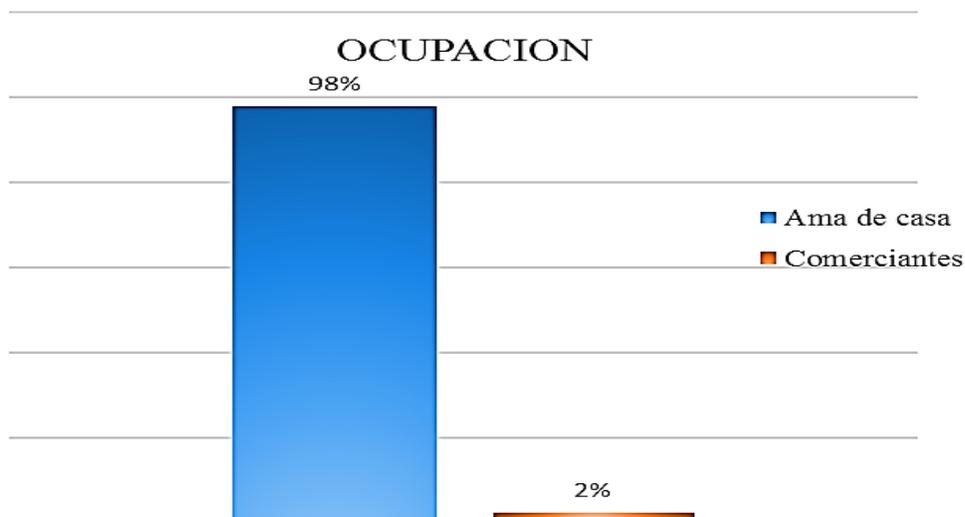
Procedencia de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°1

Gráfico 1.4

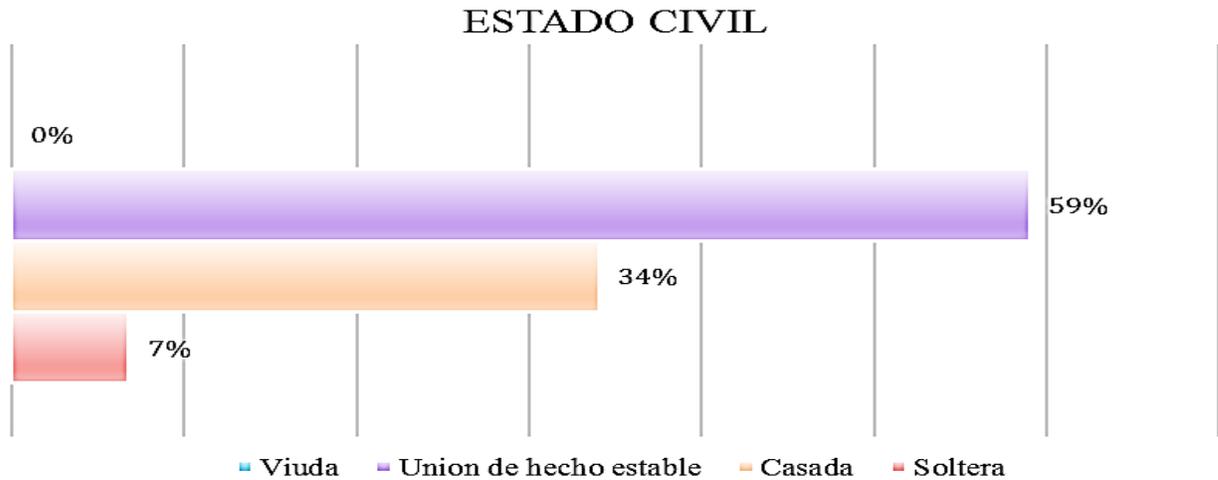
Ocupación de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°1

Grafico 1.5

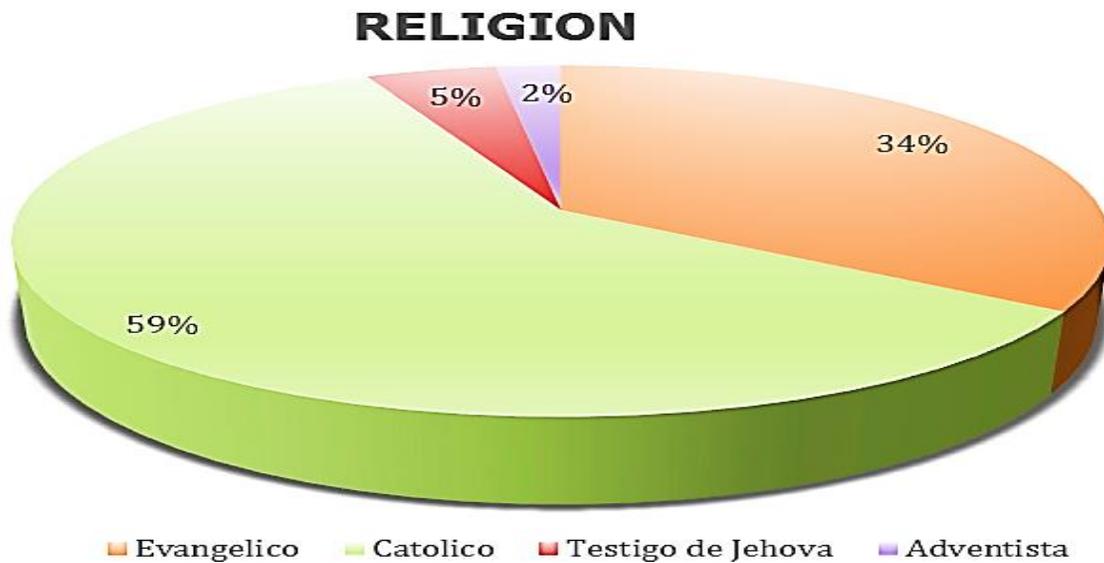
Estado civil de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°1

Grafico 1.6

Religión de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°1

Tabla N°1.1

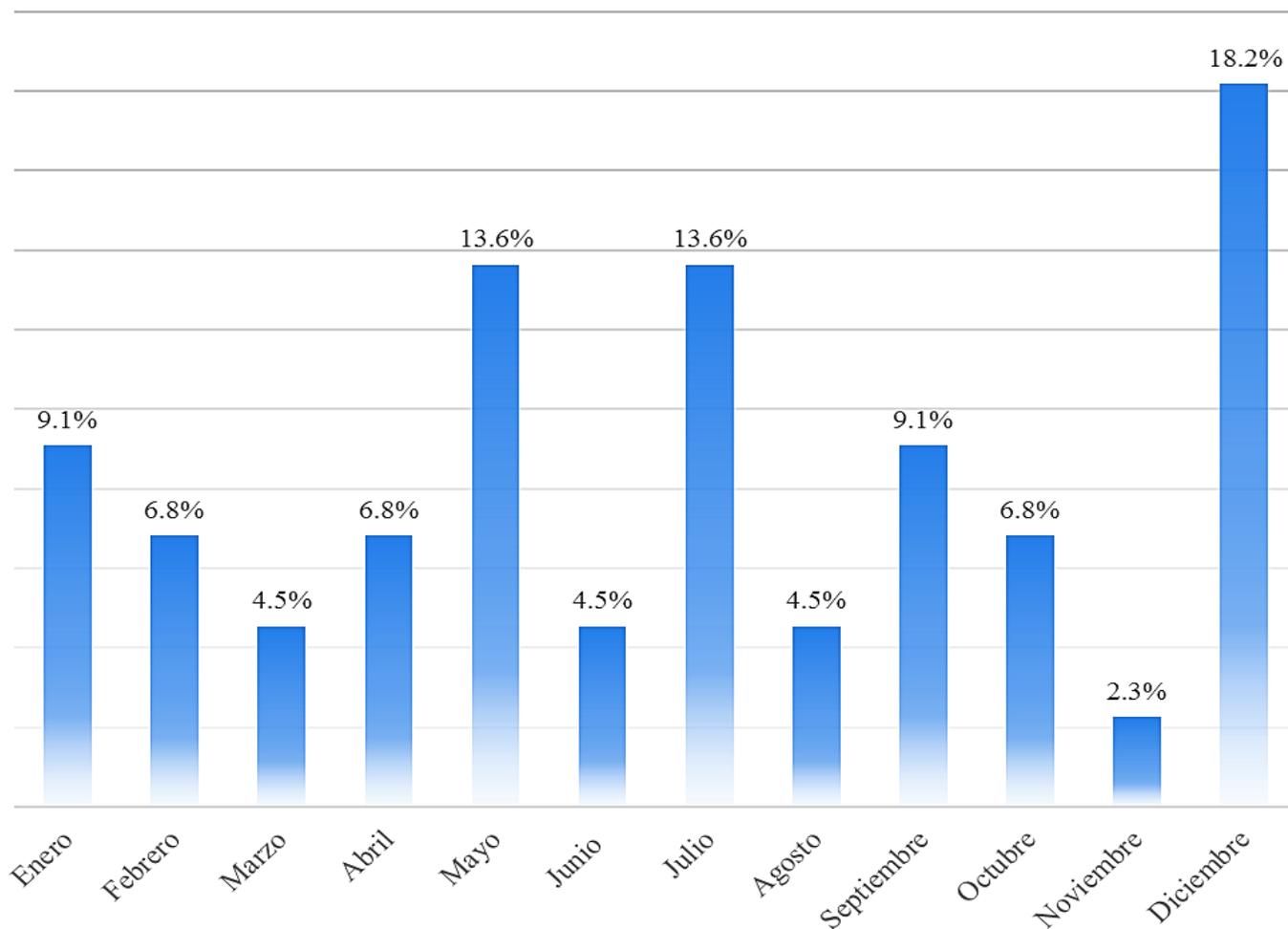
Frecuencia de captación de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

FECHA	FRECUENCIA	%
Enero	4	9.1%
Febrero	3	6.8%
Marzo	2	4.5%
Abril	3	6.8%
Mayo	6	13.6%
Junio	2	4.5%
Julio	6	13.6%
Agosto	2	4.5%
Septiembre	4	9.1%
Octubre	3	6.8%
Noviembre	1	2.3%
Diciembre	8	18.2%
TOTAL	44	100%

Gráfico 1.7

Prevalencia por mes de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

PREVALENCIA



Fuente: Tabla N°1.1

Tabla N° 2

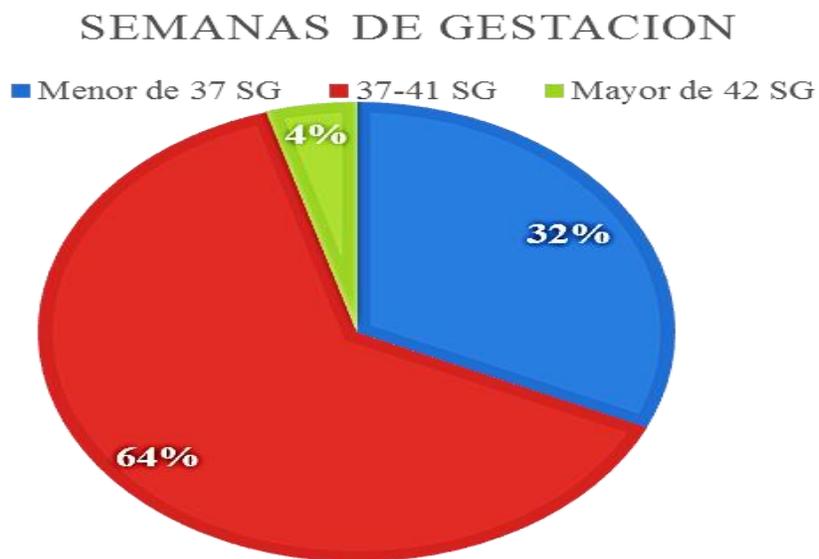
Antecedentes Gineco-Obstétrico de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Semanas de gestación	Frecuencia	%
Menor de 37 SG	14	32%
37-41 SG	28	64%
Mayor de 42 SG	2	5%
Controles prenatales		
Ninguno	8	18%
1-3	13	30%
4-5	20	45%
Mayor de 5	3	7%
Inicio de vida sexual		
Menor de 15 años	10	23%
15 - 19 años	32	73%
Mayor de 20 años	2	5%
Gestas		
Primigestas	23	52%
Bigestas	6	14%
Trigestas	5	11%
Multigestas	10	23%
Antecedentes gineco-obstétricos		
Nulípara	19	43%
Parto vía vaginal	20	45%
Parto vía cesárea	5	11%
Abortos		
Abortos	11	25%
Legrados		
Legrados	0	0%

Fuente: Expediente clínico

Grafico 2.1

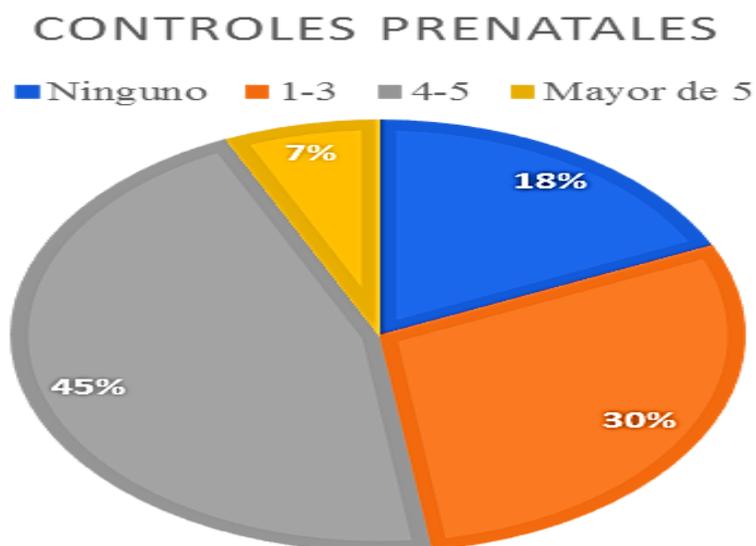
Semanas de gestación de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°2

Grafico 2.2

Controles prenatales de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

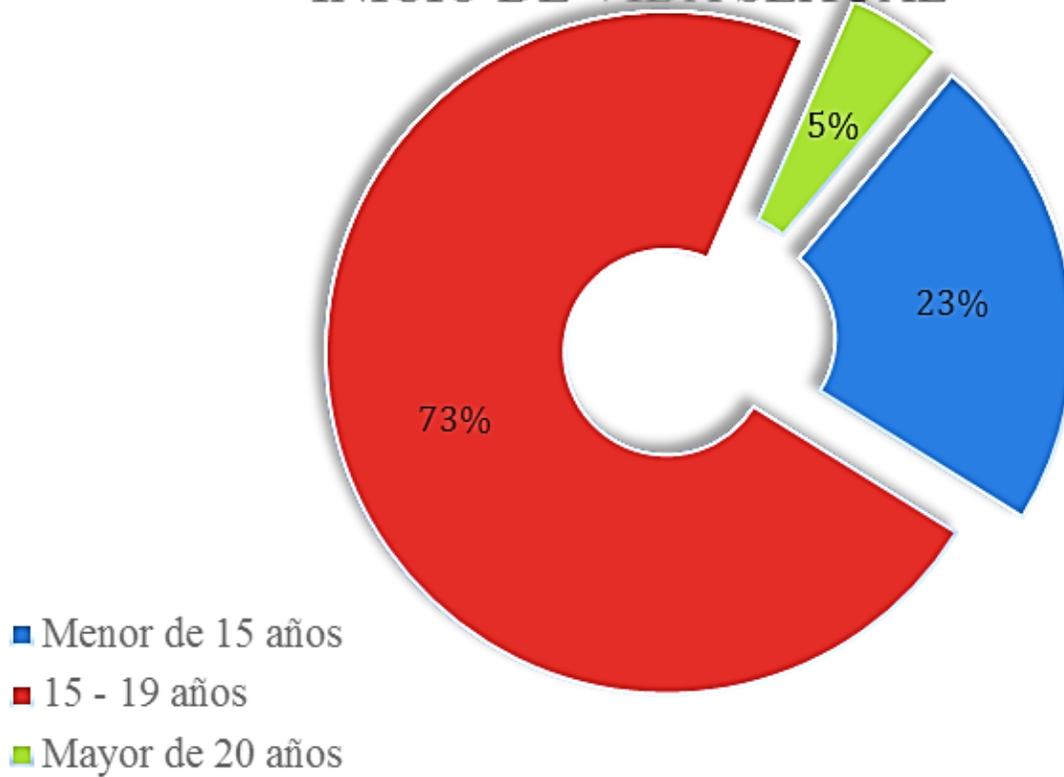


Fuente: Tabla N°2

Gráfico 2.3

Inicio de vida sexual activa de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

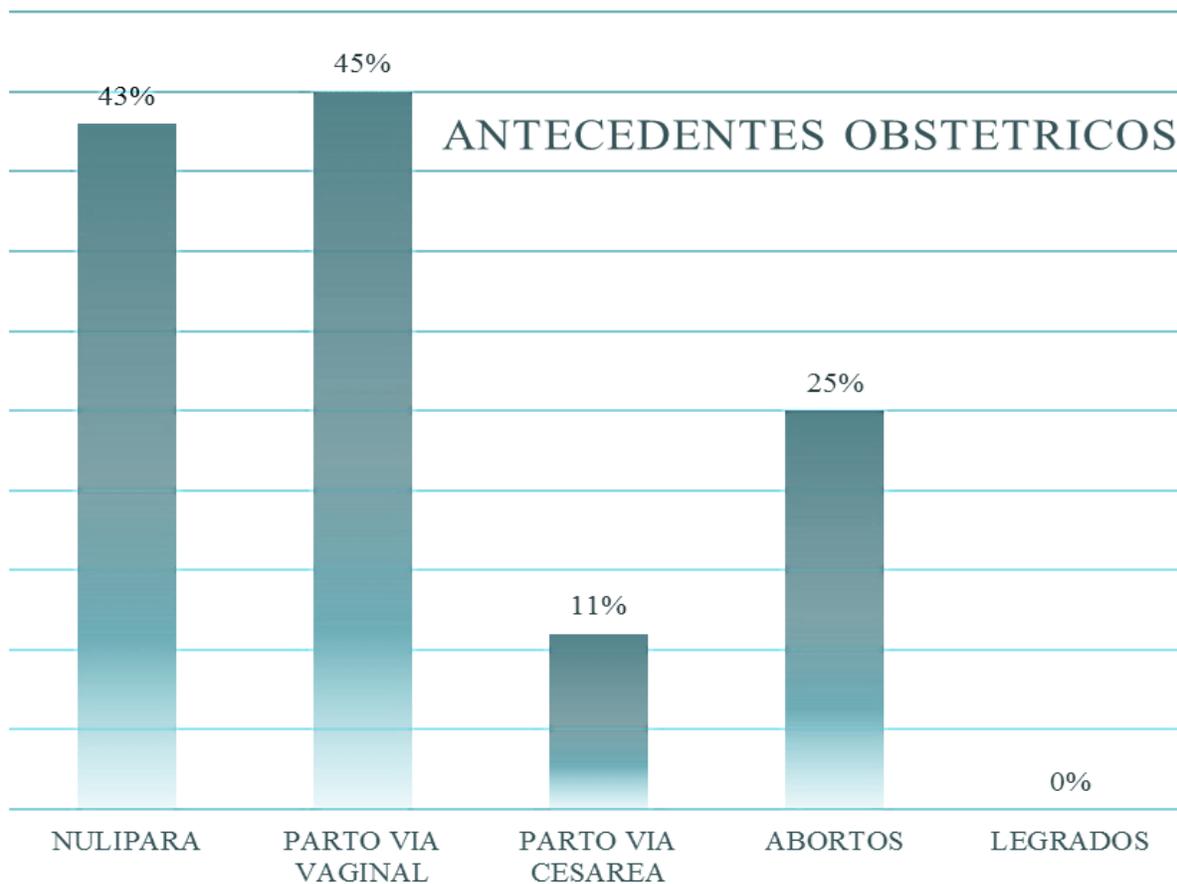
INICIO DE VIDA SEXUAL



Fuente: Tabla N°2

Gráfico 2.4

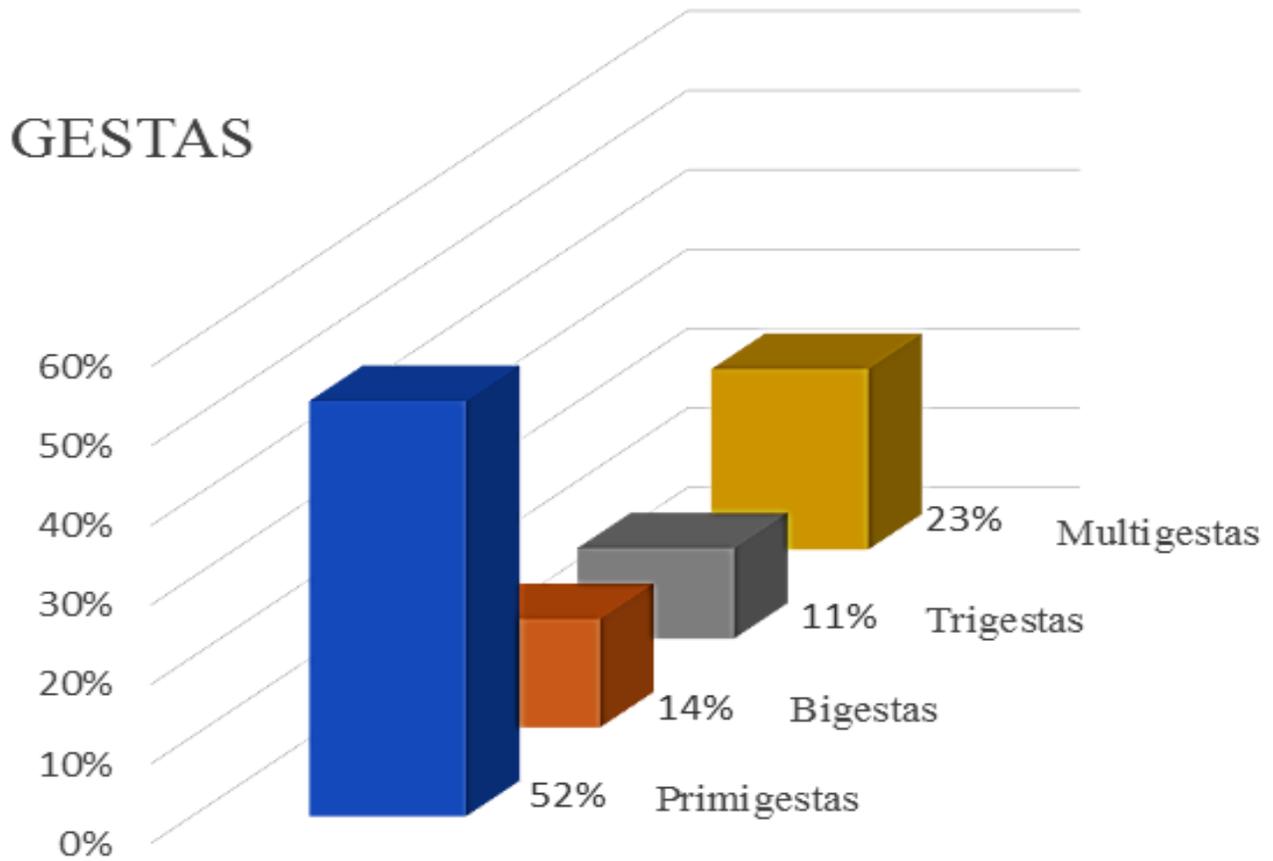
Antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°2

Gráfico 2.5

Gestas previas de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°2

Tabla N°2.1

Antecedentes patológicos personales, familiares y resultados de PAP de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

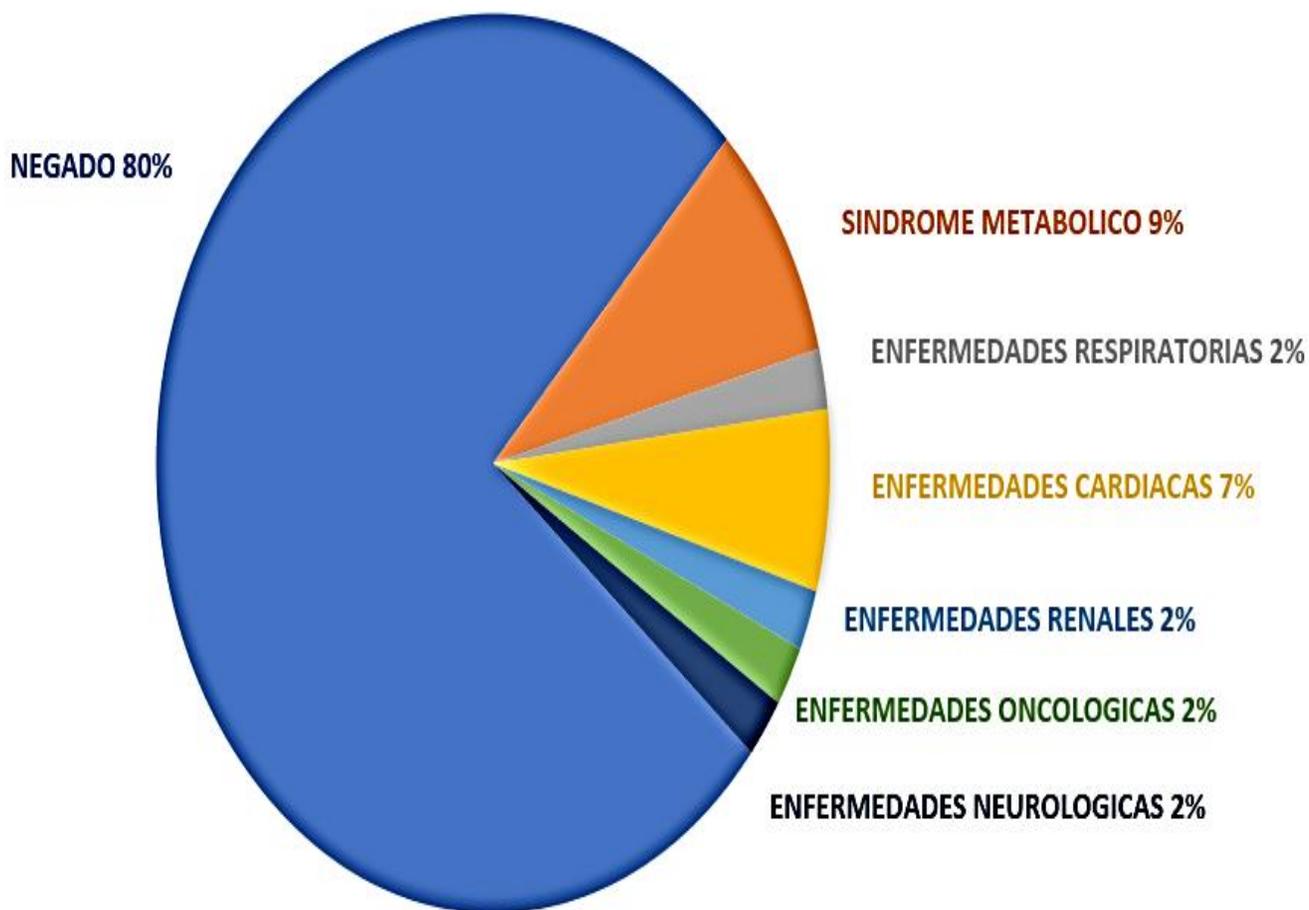
Antecedentes patológicos personales	Frecuencia	%
Ninguna	35	80%
Síndrome metabólico	4	9%
Enfermedades respiratorias	1	2%
Enfermedades cardiacas	3	7%
Enfermedades renales	1	2%
Enfermedades oncológicas	1	2%
Enfermedades neurológicas	1	2%
Antecedentes patológicos familiares		
No	29	66%
Síndrome metabólico	11	25%
Enfermedades respiratorias	0	0%
Enfermedades cardiacas	9	20%
Enfermedades renales	0	0%
Enfermedades oncológicas	0	0%
Enfermedades neurológicas	0	0%
Resultados de ultimo PAP		
Normal	31	70%
Anormal	1	2%
No se realizo	12	27%

Fuente: Expediente clínico

Grafico2.6

Antecedentes patológicos personales de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

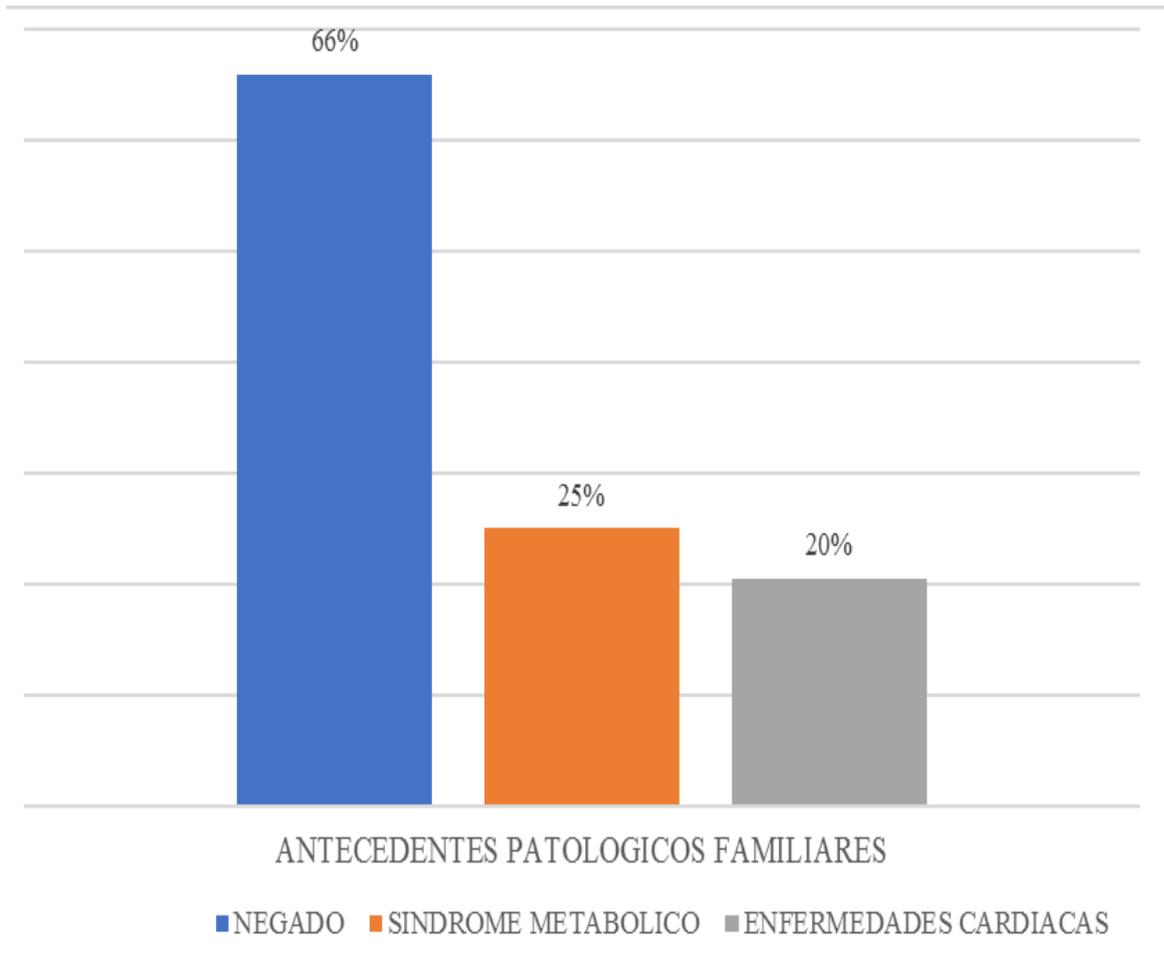
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES



Fuente: Tabla N° 2.1

Grafica 2.7

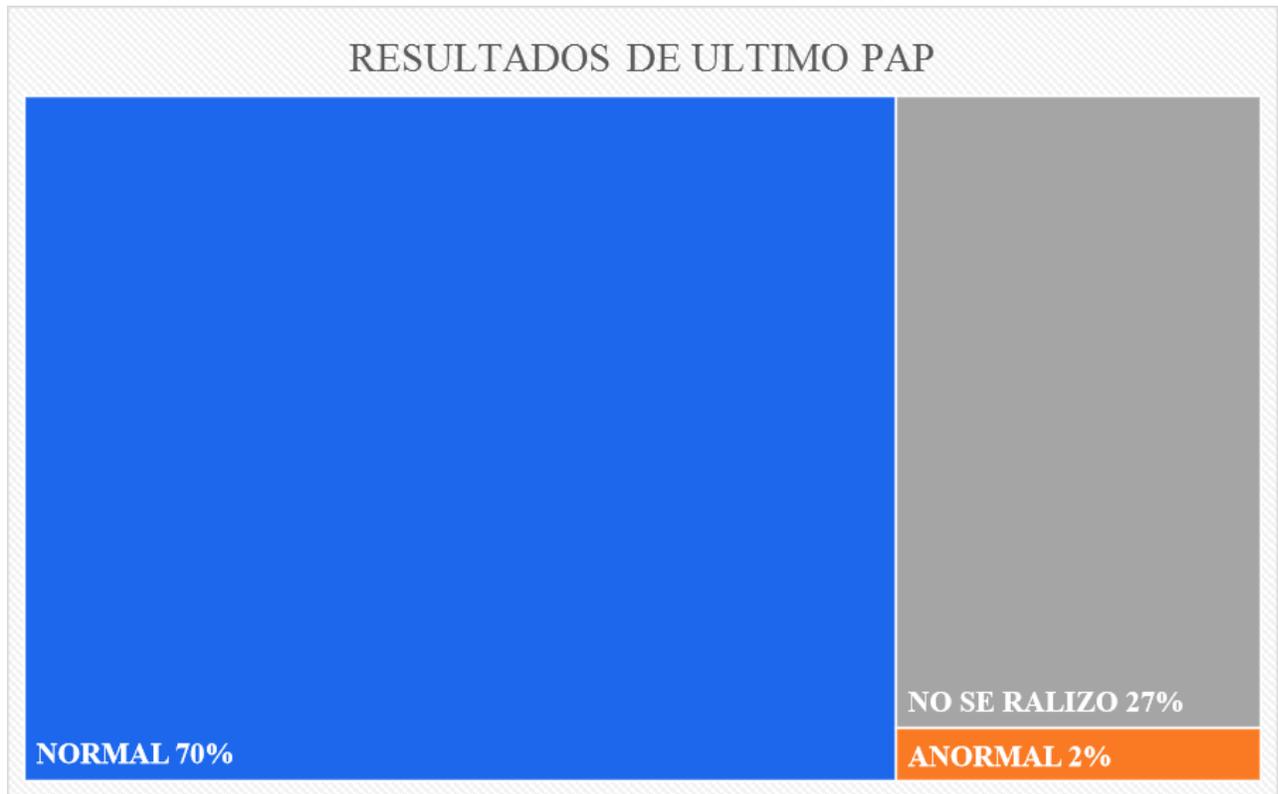
Antecedentes patológicos familiares de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N° 2.1

Grafica 2.8

Resultados de último PAP de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N° 2.1

Tabla N°2.2

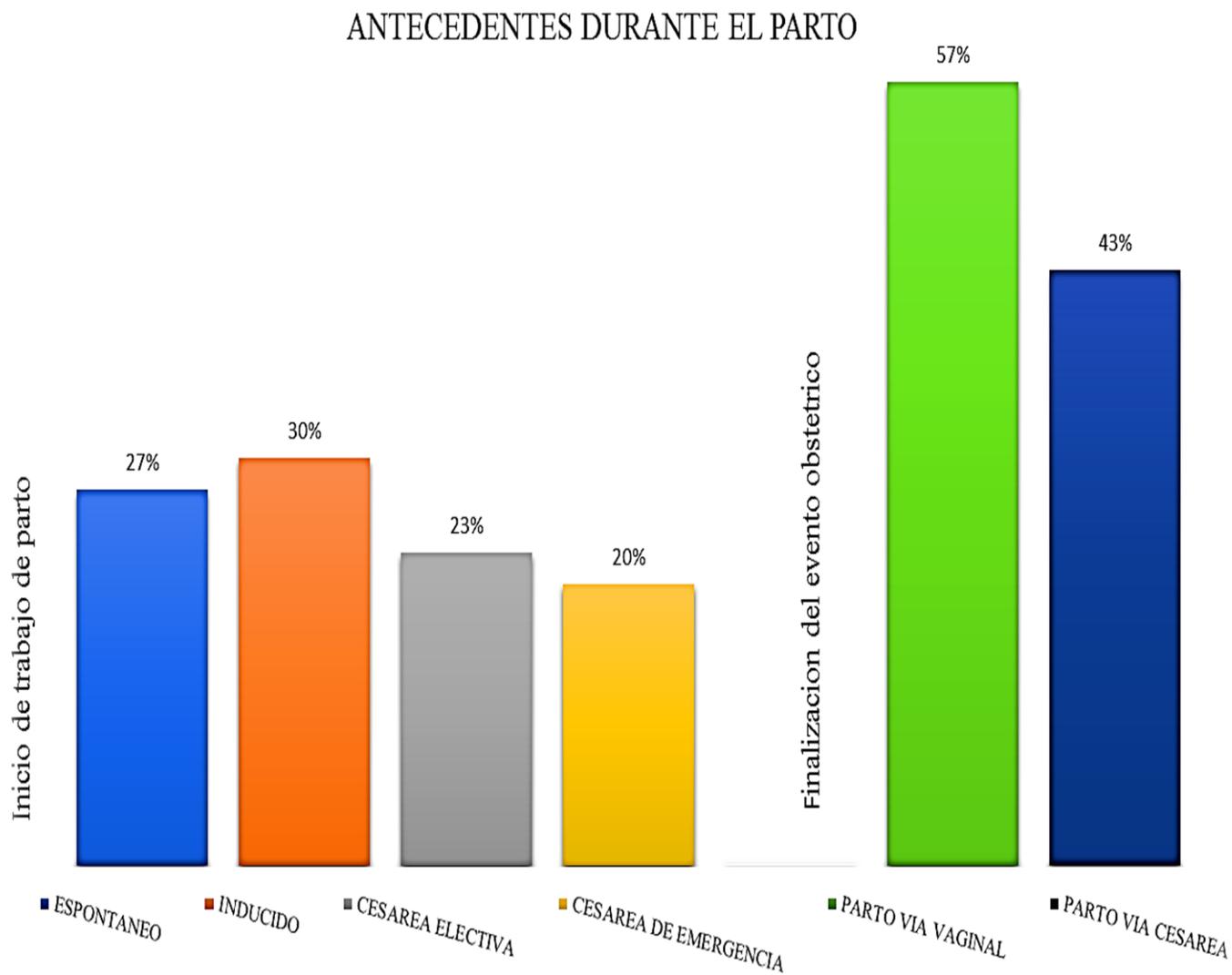
Antecedentes durante el parto de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

ANTECEDENTES DURANTE EL PARTO		
Inicio de trabajo de parto	Frecuencia	%
Espontaneo	12	27%
Inducido	13	30%
Cesárea electiva	10	23%
Cesárea de emergencia	9	20%
Total	44	100%
Finalización del evento obstétrico		
Parto vía vaginal	25	57%
Parto vía cesárea	19	43%
Total	44	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 2.9

Antecedentes durante el parto de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N° 2.2

Tabla N° 3

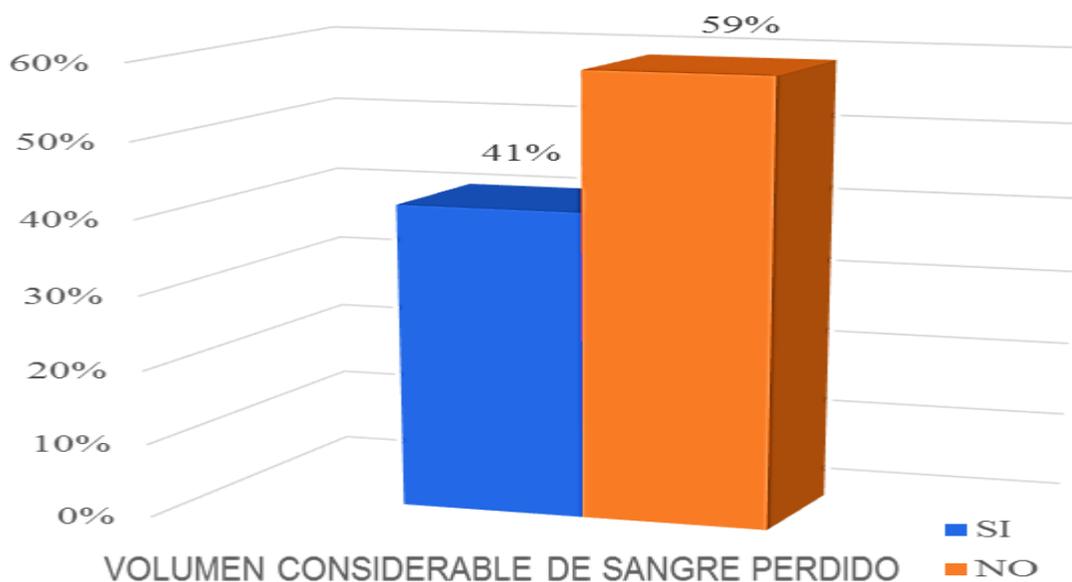
Diagnóstico de hemorragia postparto y grado de shock de las pacientes que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Volumen considerable de sangre perdido	Frecuencia	%
Si	18	41%
No	26	59%
Presión arterial media		
Normal	26	59%
Disminuida	18	41%
Signos y síntomas		
Presentes	30	68%
Ausentes	14	32%
Grado de shock		
Compensado	18	41%
Leve	8	18%
Moderado	12	27%
Severo	6	14%

Fuente: Expediente clínico

Grafico 3.1

Volumen considerable de sangre perdido de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N° 3

Grafico 3.2

Presión arterial media de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

PRESION ARTERIAL MEDIA

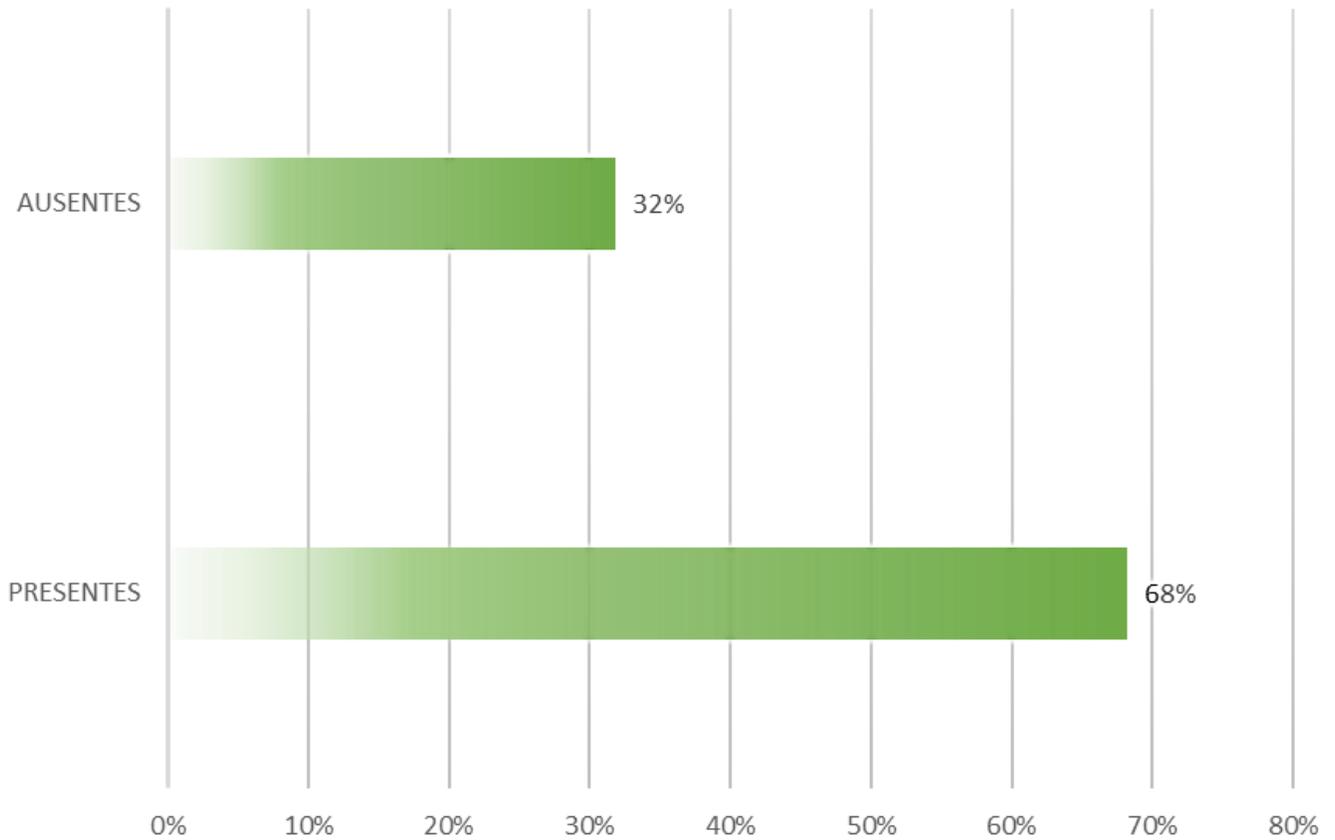


Fuente: Tabla N° 3

Gráfico 3.3

Signos y síntomas presentes en las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

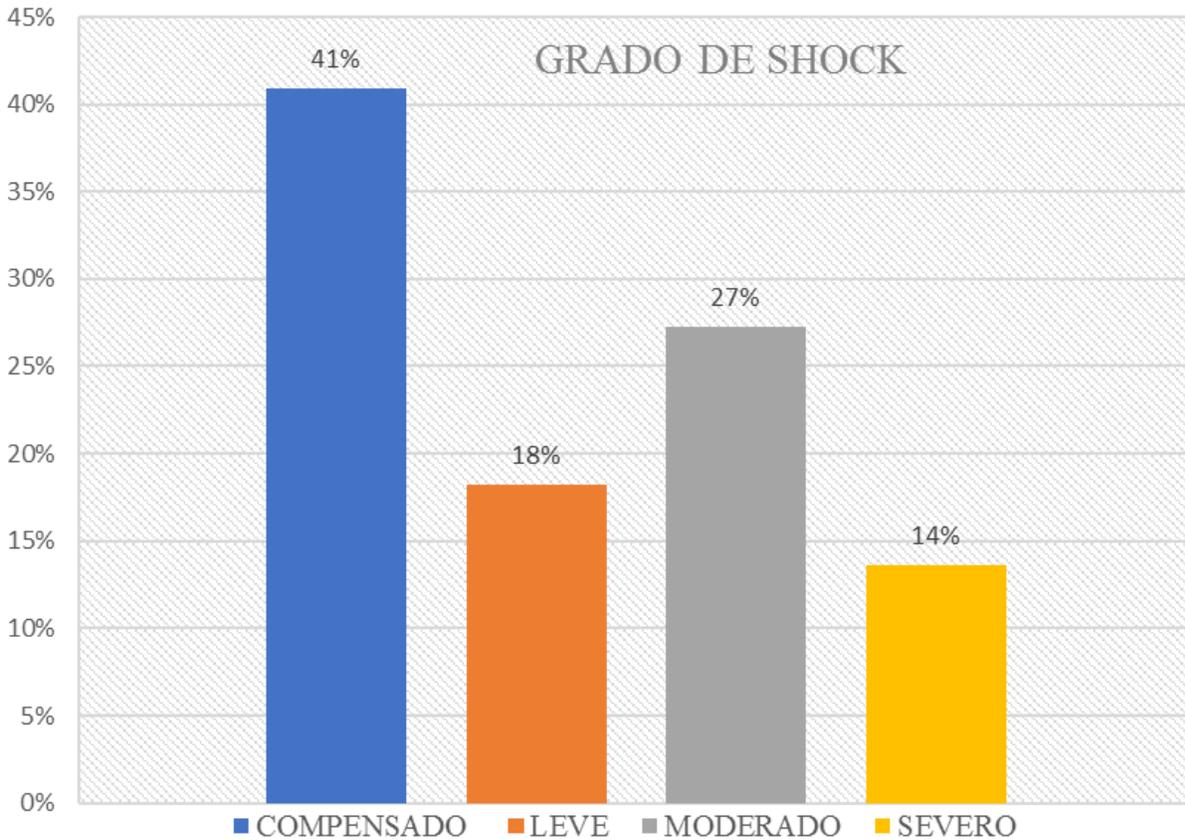
SIGNOS Y SINTOMAS



Fuente: Tabla N°3

Gráfico 3.4

Grados de shock presentes en las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°3

Tabla 3.1

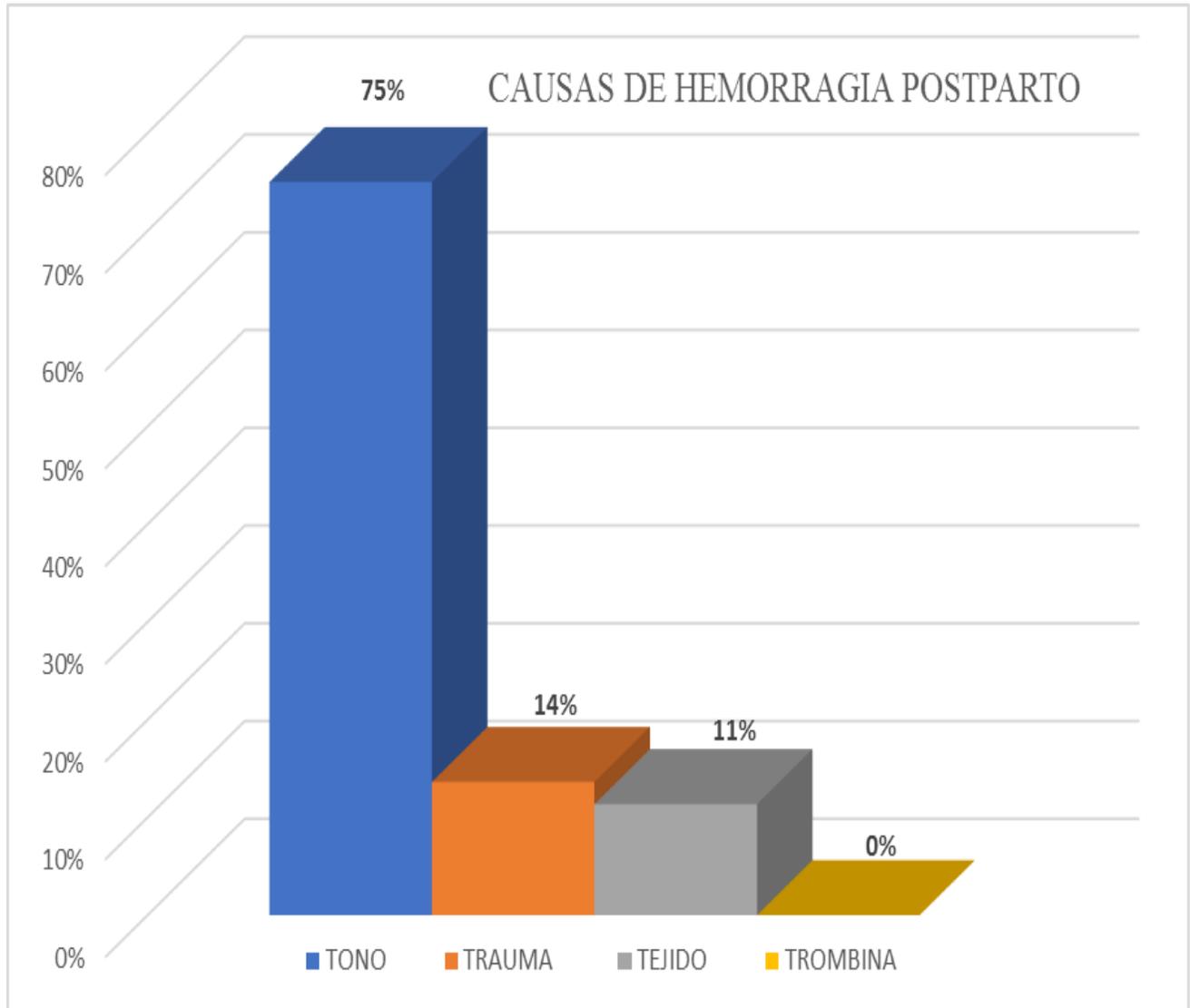
Frecuencia y porcentaje de las causas de hemorragia post parto en las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	%
TONO	33	75%
TRAUMA	6	14%
TEJIDO	5	11%
TROMBINA	0	0%
Total	44	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 3.5

Causas de hemorragia postparto en las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N°3

Tabla N°4

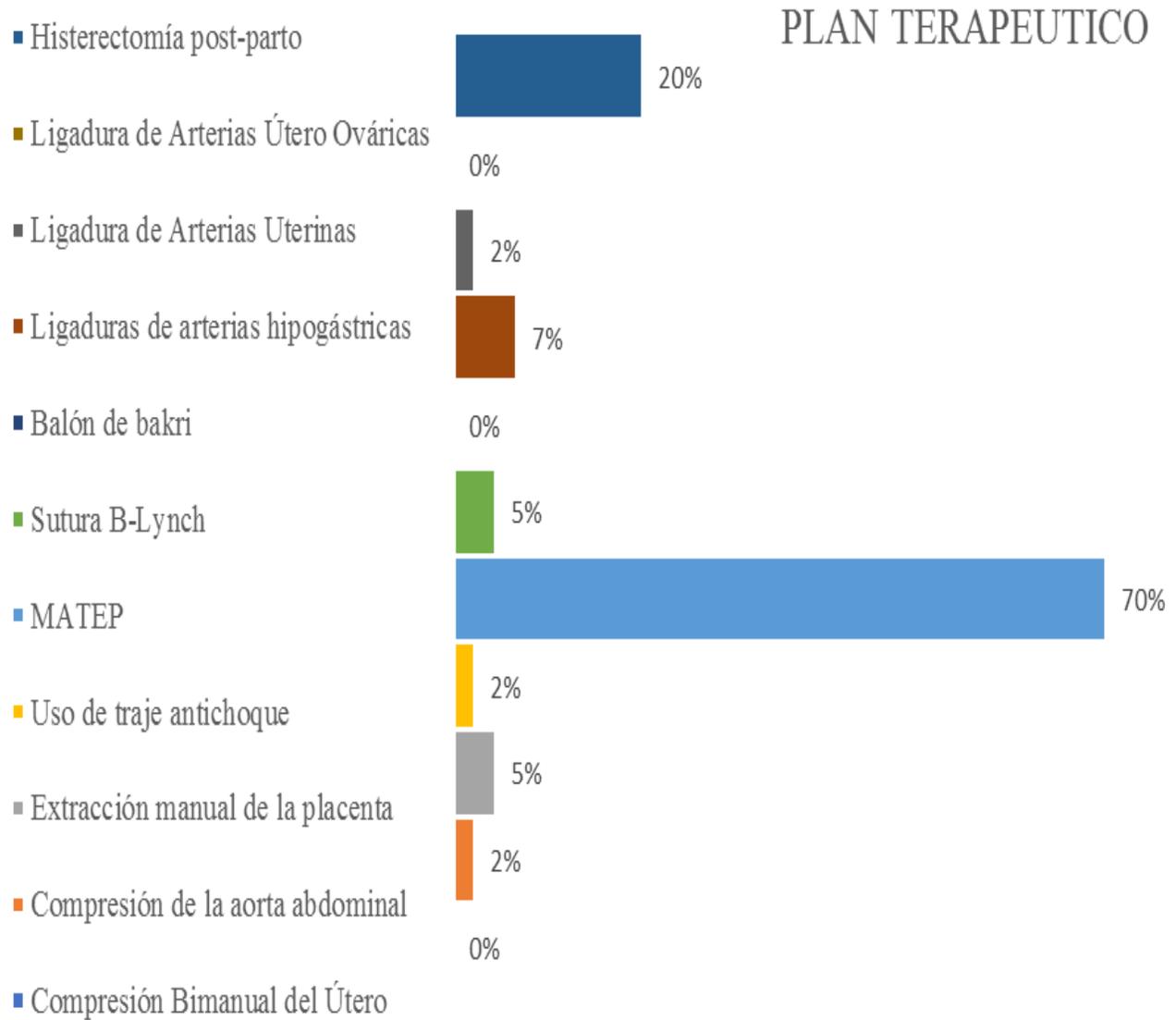
Maniobras realizadas en el manejo de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

PLAN TERAPEUTICO	FRECUENCIA	%
Compresión Bimanual del Útero	0	0%
Compresión de la aorta abdominal	1	2%
Extracción manual de la placenta	2	5%
Uso de traje antichoque	1	2%
MATEP	31	70%
Sutura B-Lynch	2	5%
Balón de bakri	0	0%
Ligaduras de arterias hipogástricas	3	7%
Ligadura de Arterias Uterinas	1	2%
Ligadura de Arterias Útero Ováricas	0	0%
Histerectomía post-parto	9	20%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 4

Plan terapéutico realizado a las mujeres con hemorragias postparto en las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N° 4

Tabla N°5

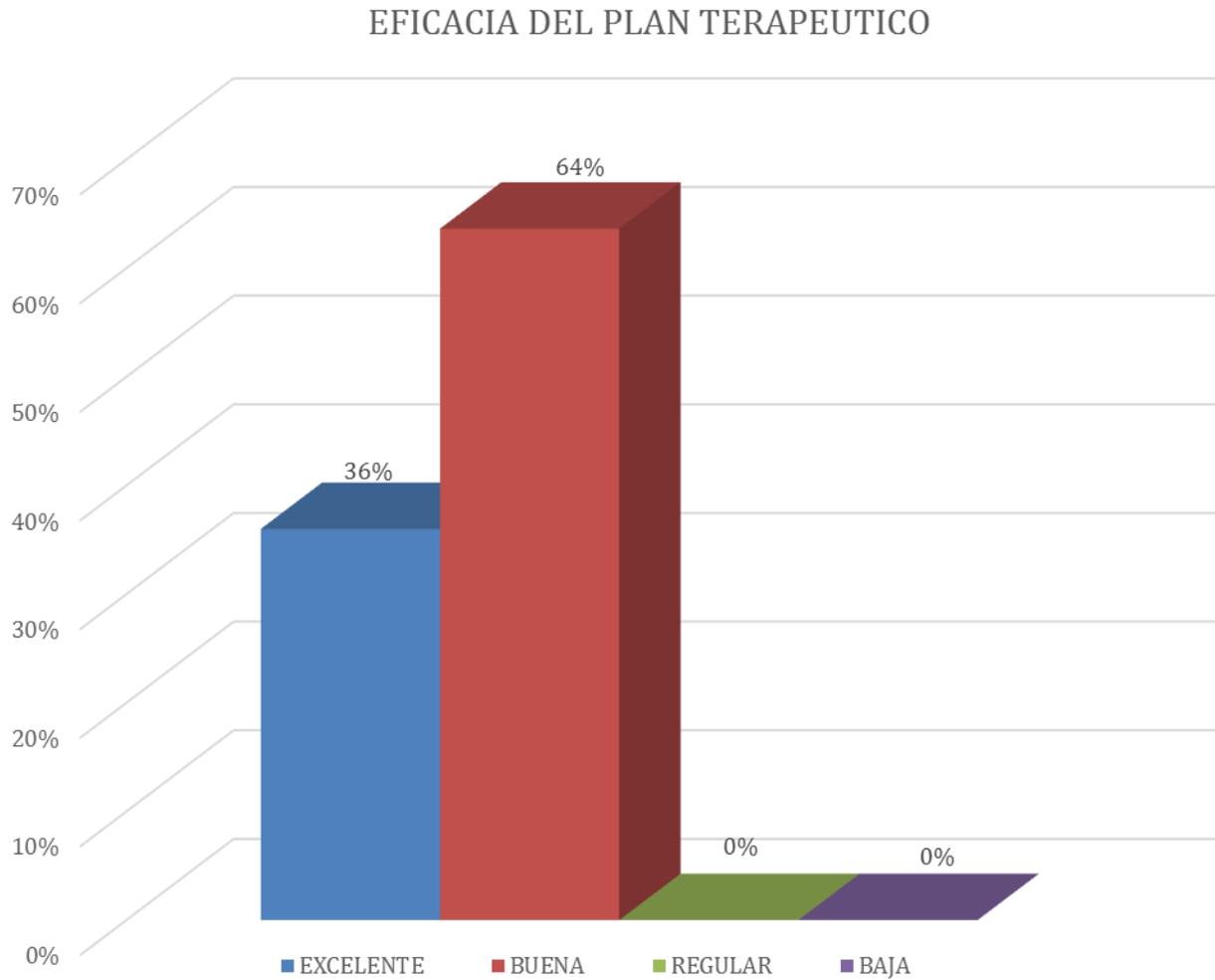
Eficacia de las maniobras que salvan vidas en las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

EFICACIA DEL PLAN TERAPÉUTICO	FRECUENCIA	%
EXCELENTE	16	36%
BUENA	28	64%
REGULAR	0	0
BAJA	0	0%
Total	44	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico 5

Eficacia del plan Terapéutico en las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto y que se les realizo maniobras que salvan vidas en el periodo Enero-Diciembre 2019 en el Hospital Bertha Calderón Roque.



Fuente: Tabla N° 5