

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO GENERAL Y CIRUJANO

TEMA:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN LOS NACIMIENTOS A TERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018.

AUTORES:

Bra. Geraldine Ebeth Somarriba Lezama

Bra. María Stephani Díaz Vega

Bra. Arlen Tatiana Moncada Herrera

TUTOR METODOLOGICO

Dr. Marcos Alemán López.

Especialista en Gineco-Obstetricia.

TUTOR CIENTIFICO

Dr. Byron E. Vargas

Especialista en Gineco-Obstetricia

JUNIO 2019.

DEDICATORIA

A NUESTROS PADRES

Por ser nuestro principal apoyo para alcanzar nuestros sueños. Por acompañarnos en los momentos buenos y los malos. Por animarnos cuando nos queríamos dar por vencidas.

A NUESTROS MAESTROS

A lo largo de toda la carrera siempre nos dieron la enseñanza y algunos su amistad. Siempre nos enseñaron a luchar por ser mejores cada día.

A LAS PACIENTES

Por ser la principal inspiración para prepararnos y ser excelentes profesionales.

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Sobre todas las cosas gracias, Dios por darnos la vida y la sabiduría para concluir esta etapa de formación.

A NUESTRA UNIVERSIDAD

Por ser nuestra casa de estudio en esta etapa maravillosa, ahí vivimos momentos lindos y tristes, pero siempre fue satisfactorio estudiar en ella.

AL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE

Por ser parte importante de nuestra formación y permitir realizar el presente estudio.

OPINION DEL TUTOR

La hemorragia postparto constituye la principal causa de muerte materna, a pesar de las estrategias del ministerio de salud y los esfuerzos encaminados a su prevención. El Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe no es la excepción, a pesar de las estrategias trazadas la hemorragia postparto sigue presentándose así como las complicaciones que conlleva.

Los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto han sido estudiados, pero siempre es importante adaptarlos y estudiarlos en nuestro medio para conocer los más frecuentes en nuestra población y poder trazar estrategias para su prevención.

Es por ello que el presente estudio es importante para mejorar la prevención de esta. ya que es la parte fundamental de la medicina. Felicito a las dras por la entrega y dedicación mostrada para la elaboración del presente trabajo.

Dr. Marcos Aleman Lopez.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Código Minsa 35216.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES.....	9
JUSTIFICACION.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS	14
MARCO TEORICO.....	15
MATERIAL Y METODO	69
RESULTADOS	88
ANALISIS Y DISCUSION	100
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES	108
BIBLIOGRAFIA.....	110
ANEXOS.....	112

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en nacimientos a término atendidos en el hospital escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de enero - diciembre 2018.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal. Se llenaron un total de 30 instrumentos para recolección de información de expedientes clínicos de pacientes que presentaron hemorragia postparto.

Resultados: El mayor rango de edad fue de 20-35 años de edad con un 66.7%. El 70% eran multigesta y 36.7% de las pacientes tenían antecedente de cesarea. El 50% de las pacientes presento algún grado de anemia. El 10% de las pacientes presentaba placenta previa. El 76.7% de las pacientes hubo necesidad de transfundir paquete globular. Al 76.7% de las pacientes se le realizaron menos de 4 tactos vaginales. Al 100% de las pacientes se les aplico MATEP. La mayor indicación de cesarea fue por cesarea anterior en un 36.7%. El 83.3 % de las pacientes presento atonía uterina y un 30% de las pacientes se ingreso a sala de unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones: La mayoría de las pacientes se encontraban en rango de edad de 20-35 años. La mayoría eran multigesta y múltipara. La mitad de las pacientes presentaba algún grado de anemia. A un cuarto de las pacientes se les realizo inducto-conduccion del trabajo de parto. La mayoría de las pacientes se les realizo transfusión sanguínea. La mayor causa de hemorragia postparto encontrado fue por atonía uterina y un tercio de las pacientes se ingreso a sala de cuidados intensivos.

Recomendaciones: Principalmente encaminado a la prevención informando a la población sobre la planificación familiar para disminuir el numero de embarazos y que no se den en las edades extremas de la vida. Hacer uso de las unidades de salud, acudir de forma responsable a los controles prenatales. En las unidades de salud dar atención esmerada de calidad y calidez.

INTRODUCCION

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

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

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

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

Dado que en nuestro país la morbimortalidad materna constituye una grave problemática de salud pública, teniendo altas repercusiones tanto en al ámbito social, económico y cultural; por tal razón hemos decidido abordar las principales causas de hemorragia post parto en las pacientes con nacimientos a termino en el hospital escuela regional Santiago de Jinotepe.

ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

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

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

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

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

A NIVEL NACIONAL

Araúz, Téllez Pedro (2011, HBCR) estudió el manejo de la hemorragia post parto por atonía uterina en 126 pacientes, se concluyó una incidencia de hemorragia post parto del 3.7%, la atonía uterina fue la primera causa representando el 51% del total de las hemorragias post parto en esta unidad, donde se aplicó el MATEP, y hubo un cumplimiento del protocolo del 97.6%. Las principales complicaciones por hemorragia post parto fueron la anemia severa (46,8%), coagulopatía (19.8%) y la insuficiencia renal aguda (7.1%)

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

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

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

placentaria incompleta con 17.4%, desgarros del canal y retención placentaria ambos con 0.3% cada uno.

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

JUSTIFICACION

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

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

Por lo que pretendemos con este estudio conocer las principales causas que ocasionan hemorragia post parto en el puerperio inmediato en partos atendidos en el Hospital- Escuela regional Santiago de Jinotepe, para de esta manera mejorar la calidad de atención con estrategias de acciones concretas para prevenir hemorragia post parto y un mejor abordaje que favorezca la reducción de la mortalidad materna en Nicaragua.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en los nacimientos a término atendidos en el hospital escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2018?

OBJETIVOS

GENERAL

- ✓ Definir los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en los nacimientos a término atendidos en el hospital escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2018.

ESPECIFICOS

- ✓ Conocer las características sociodemográficas de las pacientes que presentaron hemorragia postparto.
- ✓ Describir los antecedentes gineco - obstétricos como factor de riesgo para hemorragia post parto.
- ✓ Describir las patologías concomitantes que presentaron las pacientes con hemorragia postparto.
- ✓ Describir los hallazgos durante el parto o cesárea que predisponen a hemorragia post parto.
- ✓ Determinar los factores asociados a hemorragia postparto en el puerperio inmediato.

MARCO TEORICO

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

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

Definición

La hemorragia post parto se define como la pérdida sanguínea mayor de 1000 cc independiente de la vía de finalización del embarazo así como también una disminución del 10% del hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o cesárea, con una pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).¹

Causas

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

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

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

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

Ambas pueden ocurrir cuando existen:

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

2. Trauma (20 %):

- Laceración cervico-vaginal:
 - Incluyen lesiones de útero, cérvix, vagina, periné o vulva, en donde se encuentran distintos grados de daño hasta llegar a afectar el esfínter anal; la mayoría de las veces ocasionada por un parto no controlado, instrumentado o un producto macrosómico. El diagnóstico es fundamentalmente por clínica al observar las lesiones y debe sospecharse cuando el sangrado continúa mientras el útero presenta una contracción sostenida.¹¹
- Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
- Ruptura uterina: Es la pérdida de la solución de continuidad de la cavidad uterina. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas.¹² La incidencia para una mujer gestante es de <0.1% y hasta 1% tras una cesárea previa.
- Inversión uterina: Consiste en el prolapso del fondo uterino hasta o a través del cérvix, el útero se encuentra invertido de adentro hacia afuera y queda en contacto con el cuello uterino (inversión parcial), bien, el órgano invertido en su totalidad sale a

través del cérvix y vagina (inversión total). se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé). Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual.¹⁴

3. Retención de restos postparto (9%)¹

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

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

4. Trombina (Alteraciones de la coagulación 1%)

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

➤ **CLASIFICACION ¹**

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

➤ **FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA**¹

Las causas de hemorragia post parto pueden simplificarse en **4 T**:

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

Múltiples factores se relacionan a que se presente hemorragia, las cuales se relacionan con su etiología:¹

1. *Para que se presente alteraciones del tono uterino:*

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

2. Trauma en músculo uterino:

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

3. Tejido:

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

4. Alteraciones de la coagulación:

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

➤ DIAGNOSTICO ¹

Manifestaciones Clínicas de la hemorragia post parto

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia post parto inmediata Útero blando y no retraído	Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	(70%) Causa: Anomalia de la Contractilidad
Hemorragia post parto inmediata	Placenta íntegra Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné	(20%) Causa: Traumática
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal Dolor intenso	Inversión uterina visible en la vulva Hemorragia post parto inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta	Ruptura uterina	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo	Útero contraído	Retención de placenta	
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	Hemorragia postparto inmediata Útero contraído	Retención de restos placentarios	
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia	Retención de restos placentarios	
Sangrado no cede a medidas anteriores Sangrado en sitios de punción No formación de coágulos sanguíneos	Prueba de coagulación junto a la cama (ver anexo final No. 2) Fibrinógeno <100 mg/dl Plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados	Alteraciones de la coagulación.	

- *Auxiliares diagnósticos:*

Pruebas de laboratorio

- Biometría hemática completa.
- Tipo y RH.
- Tiempo de sangría.
- Tiempo de coagulación.
- Tiempo parcial de tromboplastina.
- Tiempo de protrombina.
- Recuento de plaquetas.
- Glucemia.

- Urea.
- Creatinina.
- Fibrinógeno.
- Prueba de coagulación junto a la cama.

➤ **TRATAMIENTO, MANEJO Y PROCEDIMIENTOS** ¹

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

1. Durante la Atención Prenatal.

- Identificar el riesgo durante la atención prenatal de hemorragia post parto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.

- Garantizar consejería a la embarazada y/o familiares/acompañantes para identificar señales de peligro y hacer énfasis en las acciones establecidas por el Plan de Parto.
 - Uso de antianémicos profilácticos y el tratamiento de la anemia en el embarazo:
 - O Ingesta de 60 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo.

 - O Ingesta de 120 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo si la hemoglobina es menor de 11 mg/dl.
 - Albendazol 400 mg dosis única a las 26 y 38 semanas de gestación.

- Garantizar Durante la atención prenatal la aplicación de toxoide tetánica.

2. Durante el Parto: ¹

Prevención de la hemorragia post parto.

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

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

Con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).

4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

3. Durante la hemorragia post-parto ¹

Primer Nivel de Atención

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

Segundo Nivel de Atención

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

1. Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.
2. Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).
3. Posición de Trendelenburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).
4. Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.
5. Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.

6. En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal.
7. Realizar pruebas de BHC completa, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
8. Por cada 6 unidades de paquete globular transfundir 4 unidades de Plasma fresco congelado cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).
9. Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada10 kg de peso corporal.
10. Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.
11. Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
12. Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica mas la sistólica entre 3).

13. Antibioticoterapia en todos los casos de Hemorragia Post Parto:

Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o

Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

14. Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusion de Paquete
Globular, hay que transfundir 4 Unidades de plasma fresco congelado (PFC).

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

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

➤ **MANEJO SEGÚN CAUSA¹**

- **ATONÍA UTERINA**

- a) Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si el sangrado continua administrar **Ergonovina** a razón de 0.2 mg IM ó IV y repetir en caso necesario a

los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. (Ver Anexo No. 2). Si aún el sangrado continua agregar **Misoprostol** en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.

b) Masaje uterino continuo.

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

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

- **DESGARRO VULVO-PERINEAL, VAGINAL O CERVICAL**

a) Sutura de los mismos de ser identificables.

- **RUPTURA UTERINA**

- a) Realice laparotomía exploradora.
- b) Suturar el útero de ser bien identificable los bordes. Si no son identificables los bordes realice histerectomía.

- **INVERSIÓN UTERINA REUBICAR EN TRAUMA**

- a) Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación o anestesia general y/o regional el cual es un relajante de la musculatura uterina, con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Jhonson).
- b) Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica del útero (Maniobra de Huntington o la Maniobra de Haultani).

- **RETENCIÓN PARCIAL DE PLACENTA (ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO):**

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

- **RETENCIÓN DE PLACENTA (No expulsión de la placenta después de**

15 minutos con manejo activo):

- a) Administre oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.
- b) Estime la cantidad de sangre perdida.
- c) Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión de la placenta.

- d) Practique tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- e) Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).
- f) Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado las maniobras anteriores llevar a la paciente a sala de operaciones y realizar la extracción manual de placenta con personal capacitado.
- g) Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un acretismo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

- **Una vez extraída o expulsada la placenta:**

- a) Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.
- b) Mantenga la infusión de oxitocina por lo menos 6 horas.
- c) Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.

- d) Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina, y realice transfusión sanguínea si es necesario.
- e) Indique sulfato o fumarato ferroso.
- f) La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.
- g) Brindar consejería a la paciente sobre el uso de un método anticonceptivo.

Hemorragia Tardía post-parto:

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

- **TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN**

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

• **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA HEMORRAGIA POST PARTO (ATONÍA UTERINA)**

Procedimiento	Ventajas de la Técnica	Desventajas de la Técnica	Comentarios
Ligadura de las arterias uterinas uno o bilateral	Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida	Poco realizada	Eficacia: 35% (unilateral) 75% (bilateral)

Ligadura de ligamento utero - ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe.
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la Fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poco realizada ○ Más difícil de realizar ○ Requiere mayor tiempo ○ Mayor riesgo de complicaciones ○ (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter) 	<p>Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo.</p> <p>La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la arteria ilíaca.</p>
Sutura B-Lynch	Conserva la Fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero
Histerectomía sub total	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales.
Histerectomía total	Muy conocida	No conserva la fertilidad	Puede ser la mejor opción para los casos

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

➤ COMPLICACIONES ¹

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

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN¹

➤ **Criterios de traslado:**

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

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

Normativa 068.

➤ **Criterios de alta:**

1. Ausencia de sangrado anormal.
2. Hematocrito en límites aceptable posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%.
3. Signos vitales en límites normales.
4. No hay signos de infección.
5. Herida quirúrgica sin complicaciones.

6. Al recuperar su estado de salud, será contrareferida a la unidad de salud de su procedencia.
7. Consejería y oferta de método de planificación familiar.
8. Consejería sobre lactancia materna.
9. Dieta adecuada a sus requerimientos.
10. Retiro de puntos y continuidad del tratamiento:
11. Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce.
12. Administre Sulfato Ferroso, Acido Fólico y Vitamina B12.

EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ^{1,11}

➤ **Control y seguimiento.**

- A toda embarazada que egrese por una hemorragia post parto y a familiares brindar consejería acerca de la importancia de aspectos nutricionales.
- Garantizar consejería y acceso a métodos de planificación familiar, incluyendo esterilización quirúrgica.

➤ **MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO**¹

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

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

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

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

➤ ***Tensión controlada del cordón umbilical.***

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

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

1. Con la otra mano explore el abdomen y ejerza contracción del cuerpo uterino y determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si este no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.

2. Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).

3. Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).

USO DE MEDICAMENTOS OXITÓCICOS¹

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

MANIOBRAS PARA EL CONTROL DEL SANGRADO UTERINO¹

➤ COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO

1. Preparación del personal

- Deben intervenir un mínimo de dos personas, por lo menos una de ellas capacitada en la técnica.
- El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones.

- Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales se encuentren disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico.

2. Actividades previas

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

3. Precauciones

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

4. Procedimiento inicial

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

COMPRESION DE LA AORTA ABDOMINAL

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

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

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

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

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

➤ **EXTRACCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA ¹**

- *Definición*

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

- *Indicaciones*

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

- **Contraindicaciones**

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

- **Complicaciones**

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

1. CONDICIONES PARA EL PROCEDIMIENTO

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

2. ELEMENTOS CLAVES PARA EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA

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

3. ANALGESIA

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

4. ANTIBIÓTICOS

- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.
- Ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- Cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- Si hay signos de infección, administre antibióticos.

- Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas.

- Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso IV cada 24 horas (160mg IV diario). Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

- Si existe fiebre 72 horas después de dar inicio a los antibióticos reevalúe a la paciente y revise el diagnóstico.

5. PROCEDIMIENTO

- Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina.
- Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina (Figura A-8).
- Nota: Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición normal.

- Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y a pared uterina.
- Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.
- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta

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

Si falta algún lóbulo o tejido placentario, explore la cavidad uterina para extraerlo.

- Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina o repare la episiotomía.

o ***PROBLEMAS***

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

6. ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

MATERIAL Y METODO

- **Tipo de estudio:** descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.
- **Área de estudio:** servicio de maternidad del hospital escuela regional Santiago de Jinotepe.
- **Universo:** 300 expedientes de pacientes atendidas en el servicio de maternidad y sala de operaciones del HERSJ.
- **Muestra:** 30 expedientes de pacientes que presentaron hemorragia postparto.
- **Tipo de muestreo:** no probabilístico por conveniencia
- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes atendidas en el servicio de maternidad y sala de operaciones del HERSJ durante el período de estudio.
 - Pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto durante el puerperio inmediato.
 - Expediente completo.
- Criterios de exclusión:**
 - Pacientes que fueron atendidas en otra unidad de salud.
 - Pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto posterior al puerperio inmediato o en partos pretérmino.
 - Expediente clínico incompleto.
- **Recolección de la información:** se elaboró una ficha acorde a las variables de cada objetivo, obtenidas de la HCP y el expediente clínico.
- **Fuente de información:** los datos fueron obtenidos a través de fuentes secundarias (HCP y expedientes clínicos) de las pacientes en estudio.

- **Análisis de los datos:** los datos se analizaron a través de los programas SPSS 2015.
- **Consideraciones éticas:** se solicitó la autorización a la dirección del hospital en estudio explicando los objetivos de la investigación, para la revisión de los expedientes clínicos, donde no se tomó el nombre y apellido de las pacientes; los datos obtenidos fueron confidenciales y usados únicamente por los investigadores.

LISTA DE VARIABLES

OBJETIVO NO. 1

- Edad
- Escolaridad
- Procedencia
- Ocupación

OBJETIVO NO. 2

- Gestas previas
- Paridad
- Aborto
- Cesárea anterior
- Legrado
- Muerte fetal
- Cirugías ginecológicas previas
- Periodo intergenésico

- Controles prenatales
- Edad gestacional

OBJETIVO NO. 3

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

OBJETIVO NO. 4

- Presentación
- Hipodinamia uterina
- Tactos ginecológicos
- Macrosomía fetal
- Embarazo prolongado

- Parto obstruido
- Polihidramnios
- Parto con iniciación espontanea
- Conducción del parto
- Inducción del parto
- Parto eutócico
- Parto distócico
- Indicación de cesarea
- Tipo de anestesia
- Alumbramiento
- Extracción manual de placenta
- MATEP
- Masaje uterino
- Realización de LUI/AMEU
- Transfusión sanguínea

OBJETIVO NO. 5

- Atonía uterina
- Desgarros cervico - vaginal
- Episiotomía
- Retención de restos placentarios

- Inversión uterina
- Coagulopatía materna
- Globo de seguridad de Pinard
- Realización de HTA obstétrica
- Ingreso a UCI
- Muerte materna

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	amniótico >18 mm alrededor del feto antes de que este nazca.		
Realizacion de LUI/AMEU	Se define como la Realizacion de procedimiento para extraer restos ovulares o placentarios		Si No
Transfusión Sanguinea	Aplicación de sangr		SI NO
<i>Alumbramiento</i>	Es la expulsión de la placenta y anexos ovulares posterior a la salida del feto en un período de tiempo comprendido entre los 10 y 30 minutos sin manejo activo y 15 minutos con el mismo.		Completo Incompleto

<i>MATEP</i>	Manejo activo del tercer período del parto.		<input type="checkbox"/> Oxitocina 10 unid IM <input type="checkbox"/> Pinzamiento del cordón umbilical <input type="checkbox"/> Tracción- contratracción del cordón umbilical <input type="checkbox"/> Masaje uterino
<i>Masaje uterino</i>	Es el que se realiza inmediato al alumbramiento placentario por 5 minutos, cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.		<input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Acompañante <input type="checkbox"/> Paciente
<i>Extracción manual de placenta</i>	Es la que se realiza para tratar la retención de la placenta transcurrido más 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento.		<p style="text-align: center;">Si No</p>
<i>Laceración cervico vaginal</i>	Pérdida de la solución de continuidad del tejido vulvo-vaginal	Grados	<p>No presente. Grado I Grado II Grado III</p>

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

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

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS A TERMINO
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO
COMPENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

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

RESULTADOS

Las siguientes tablas reportan los resultados de las pacientes en estudio. En total fueron un total de 30 casos los estudiados.

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
< 19 años	7	23.3
20-35 años	20	66.7
>35 años	3	10
Total	30	100
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	-	-
Primaria	10	33.3
Secundaria	19	63.3
Educación superior	1	3.3
Total	30	100
PROCEDENCIA		
Urbana	17	56.7
Rural	13	43.3
Total	30	100
OCUPACION		
Asistente del hogar	23	76.7
Estudiante	5	16.7
Comerciante	2	6.7
Profesional	-	-
Total	30	100
ESTADO CIVIL		

Soltera	7	23.3
Unión libre	19	63.3
Casada	14	13.3
Total	100	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

En la presente tabla se describen las características sociodemográficas de las pacientes en estudio. Referente a la edad la de mayor frecuencia es el rango que se encontraba entre 20-35 años con un 66.7% seguido de las menores de 19 años con un 23,3%. En cuanto a la escolaridad de las pacientes la de mayor frecuencia son las que estudiaron hasta secundaria con un 63.3% seguido de las que aprobaron primaria con un 33,3%. Respecto a la procedencia de las pacientes un 56.7% provienen de zona urbana y un 43.3 % de zona rural. En cuanto a la ocupación un 76.7% refirieron ser asistente del hogar y un 16.7% estudiante. Y en cuanto al estado civil un 63.3% refieren estar en unión libre y un 23.3% soltera.

TABLA 2. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GESTAS PREVIAS		
Primigesta	9	30
Multigestas	21	70
Total	30	100
PARIDAD		
Nulípara	10	33.3
Multípara	20	66.7
Total	30	100
ABORTO		
Si	4	13.3
No	26	86.7
Total	30	100

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS A TERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

CESAREA ANTERIOR		
Si	11	36.7
No	19	63.3
Total	30	100
CIRUGIAS PREVIAS		
Si	12	40
No	18	60
Total	30	100
LEGRADOS		
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100
Óbitos		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
PERIODO INTERGENESICO		
< 18 meses	10	33.3
18 meses-10 años	11	36.7
>10 años	-	-
No aplica	9	30
Total	30	100
CPN		
Ninguno	-	-
1-3 cpn	12	40
4-6 cpn	16	53.3
>7 cpn	2	6.7
Total	30	100
EDAD GESTACION		
37 -37.6	7	23.3
38-40.6	21	70

Más de 41 semanas	2	6.6
Total	30	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

Referente a los antecedentes Gineco-obstetricos de las pacientes en estudio se encontró que el 70% eran multigestas y un 30 % primigesta. Un 66.7% multípara y un 33.3% nulípara. El 86.7% no presentaban antecedente de aborto. El 36.7% tenían antecedente de cesárea. El 40% tenía antecedente de cirugías. Solo un 10% tenía antecedente de legrados. Ninguna paciente tenía antecedentes de muerte fetal. El 36.7% de las pacientes tenía un periodo intergenesico entre 18 meses y 10 años y el 33.3% tenía un periodo intergenesico menos de 18 meses. Referente al número de control prenatal un 53.3% de las pacientes se realizó entre 4-6 CPN y un 40% se realizó menos de 3 CPN. Respecto a la edad gestacional un 70 % de las pacientes estudiadas tenia entro 38-40.6 semanas de gestación.

TABLA 3. PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLACENTA PREVIA		
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100
DPPNI		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
PRECLAMPSIA		
No	29	96.7
Preclampsia	1	3.3

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS A TERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

Grave	-	-
Total	30	100
ECLAMPSIA		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
RPM		
No presente	30	100
< 12 horas	-	-
>12 horas	-	-
Total	30	100
APP		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
CORIOAMNIOITIS		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
RCIU		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
ANEMIA		
Ausente	15	50
Leve	11	36.7
Moderada	3	10
Severa	1	3.3
Total	30	100
VARICES MATERNAS		
Si	-	-

No	30	100
Total	30	100
DIABETES		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
IVU		
Si	5	16.7
No	25	83.3
Total	30	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

Referente a las patologías durante el embarazo un 10% de las pacientes presentaron placenta previa. Ninguna paciente presentó DPPNI. En cuanto a preclampsia el 96.7% no presentó esta patología. Ninguna paciente presentó eclampsia, RPM, corioamnioitis, APP, RCIU, varices maternas ni diabetes. Un 50% de las pacientes en estudio presentaron algún grado de anemia durante la gestación y un 16.7% presentó infección de vías urinarias.

TABLA 4. DATOS DURANTE EL PARTO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TACTOS VAGINALES		
2-4	23	76.7
5-8	7	23.3
>8	-	-
Total	30	100
PRESENTACION		
Cefálico	29	96.7
Pélvico	1	3.3

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS A TERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

Total	30	100
MACROSOMIA FETAL		
Si	1	3.3
No	29	96.7
Total	30	100
HIPODINAMIA UTERINA		
Si	6	20
No	24	80
Total	30	100
PARTO EVOLUCION ESPONTANEA		
Si	7	23.3
No	23	76.7
Total	30	100
PARTO CONDUCIDO		
Si	2	6.6
No	28	93.3
Total	30	100
PARTO INDUCIDO		
Si	5	16.6
No	25	83.3
Total	30	100
PARTO EUTOCICO		
Si	22	73.3
No	8	26.7
Total	30	100
PARTO DISTOCICO		
Si	8	26.7
No	22	73.3
Total	30	100
PARTO PROLONGADO		
Si	2	6.7

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS A TERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

No	28	93.3
Total	30	100
PARTO OBSTRUIDO		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
POLIHIDRAMNIOS		
Si	-	-
No	30	30
Total	30	100
REALIZACION DE LUI/AMEU		
Si	4	13.3
No	26	86.7
Total	30	100
TRANSFUSION		
Si	23	76.7
No	7	23.3
Total	30	100
ALUMBRAMIENTO		
Completo	28	93.3
Incompleto	2	6.7
Total	30	100
EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA		
Si	2	6.7
No	28	93.3
Total	30	100
MATEP		
Cumple	30	100
No cumple	-	-
Total	30	100
REALIZACION DE MASAJE UTERINO		

Personal de salud	25	83.3
Acompañante	4	13.3
Paciente	1	3.3
Total	30	100
INDICACION DE CESAREA		
Cesárea anterior	11	36.7
Sufrimiento fetal	3	10
Presentación distócica	1	3.3
TDP detenido	-	-
DCP	1	3.3
Patología materna	-	-
Inducción fallida	1	3.3
Otras	5	16.7
Parto Vaginal	8	26.7
Total	30	100
TIPO DE ANESTESIA		
General	3	13.6
Bloqueo	19	86.3
Total	22	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

Respecto a los datos durante el parto al 76.7 % de las pacientes se le realizaron menos de 4 tactos vaginales, y un 23.3% se les realizo entre 5 y 8 tactos vaginales. El 96.7% de las pacientes tenían embarazo en presentación cefálico. Solo un 3.3 % de las pacientes presentaban un feto macrosomico. El 20% de las pacientes presentaron hipodinamia uterina. Un 23.3% de los partos se iniciaron en evolución espontanea. Un 6.6% de los embarazos se le realizo conduccion del trabajo de parto y un 16.6 % se realizó inducción del trabajo de parto. Un 73.3 % de los nacimientos fueron eutócicos y un 26.7% distócicos. Un 6.7% eran embarazos prolongados. Ninguna paciente presente parto obstruido ni polihidramnios. Al

13.3% de las pacientes en estudios se les realizo AMEU o LUI. Al 76.7% de las pacientes se les realizo transfusión sanguínea. El alumbramiento fue completo en un 93.3% de los casos. En un 6.7% se realizó extracción manual de placenta. El MATEP se cumplió en el 100% de los casos. Referente al masaje uterino el 83.3 % fue realizado por personal de salud. La mayor causa de indicación de cesárea fue por cesárea anterior en un 36.7% de los casos. En el 86.3% de los casos el tipo de anestesia fue a través de bloqueo Espinal.

TABLA 5. DATOS DEL PUERPERIO INMEDIATO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESGARRO PERINEAL		
Ausente	26	86.6
Grado I	4	13.3
Grado II	-	-
Grado III	-	-
Total	30	100
EPISIOTOMIA		
Si	4	50
No	4	50
Total	8	100
RETENCION DE RESTOS		
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100
HIPO/ATONÍA UTERINA		
Si	25	83.3
No	5	16.7
Total	30	100
ROTURA UTERINA		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
INVERSION UTERINA		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
COAGULOPATIA MATERNA		

Si	-	-
No	30	100
Total	30	100
GSP		
Si	5	16.7
No	25	83.3
Total	30	100
HTA OBSTETRICA		
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100
INGRESO UCI		
Si	9	30
No	21	70
Total	30	100
MUERTE MATERNA		
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

En cuanto a los datos del puerperio inmediato se encontró que el 86.6% de las pacientes no tenían ningún tipo de desgarro y el 13.3% presento desgarro perineal grado I. El 50% de las pacientes que se les atendió parto vía vaginal se les realizo episiotomía. En el 10% de los casos hubo retención de restos ovulares. El 83.3% de las pacientes presento hipo/atonía uterina. Ninguna paciente presente rotura uterina ni inversión uterina ni coagulopatía materna. El 16.7% de las pacientes presento adecuado globo de seguridad de pinard. El 10% de las pacientes se les realizo histerectomía obstétrica. Del total de paciente ninguna falleció y el 30% ingreso a sala de cuidados intensivos.

ANALISIS Y DISCUSION

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

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

En relación a las características socio demográficas de las pacientes en estudio con respecto a la edad se encontró que la mayoría de las pacientes atendidas se encontraban entre las edades de 20 a 35 años con un 66.7%, lo que se correlaciona con los hallazgos encontrados en un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque donde la media es de 23 años y en el

Hospital Asunción de Juigalpa en un 56.5% concordando con los datos epidemiológicos nacionales que estiman que la mayoría de los partos se dan entre las edades 19 – 34 años lo que implica un alto riesgo para la madre y para el hijo.

Con respecto a la procedencia de las mujeres atendidas la mayoría eran procedentes de zona urbana (56.7 %) y el 43.3 % provenían de zona rural, que es un dato semejante a los estudios realizados en el Hospital Asunción de Juigalpa, en el año 2013 en que el 56.5 % procedían de dicha área. Las gestantes procedentes de las zonas rurales tienen menos accesibilidad a los servicios de salud; es probable que en este factor intervenga una serie de elementos negativos, como el incumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes con riesgo dentro del sistema del control prenatal, la distancia a los servicios de salud, la falta de transporte, falta de medios económicos y la idiosincrasia de la comunidad.

Referente al estado civil se encontró que el 63.3% estaban en unión libre, dichos resultados tienen igual similitud a estudios realizados en el Hospital Alemán Nicaragüense, Hospital Fernando Vélez Paiz y autores como Pinedo y colaboradores encontrando que el 50% , 47.8% y 46% respectivamente de las pacientes estaban en unión libre, condicionando las expectativas económicas y laborales de las mujeres favoreciendo un nivel mayor de pobreza del que ya tenían; relacionado a la escolaridad se encontró 63.3% cursaron secundaria, dato igualmente reflejado en el estudio realizado en el Centro de Salud Rosario Pravia, en lo que se puede evidenciar que el nivel educativo bajo dificulta la transferencia de información y educación sobre el cuidado de la salud, determinando ciertas actitudes y creencias sobre el proceso de salud y enfermedad, y siendo un factor muy importante, tal como lo refieren trabajos sobre muerte materna.

Según las gestas previas, demostró que el mayor grupo de mujeres atendidas eran multigesta 70%, seguidas de las primigesta con 30% ; en cuanto a la paridad se encontró predominio de multíparas que representaron un 66.7%, seguido de las primíparas en un 33.3% lo que coincide con estudios realizados en el Hospital Provincial de Perú y a nivel nacional el realizado en el Hospital Asunción, Juigalpa en el año 2010 y 2013 respectivamente, lo que destaca que la multiparidad ha sido citada en muchos estudios previos como un variable clínica importante para hemorragia post parto, por lo que las pacientes multíparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor.

Otro factor predisponente para hemorragia post parto, en los antecedentes ginecoobstétricos encontrando el predominio de un periodo intergenésico de 18 meses a 10 años en un 36.7%, dato similar al encontrado en el Centro de Salud en Rosita y Hospital Alemán nicaragüense , donde se demostró que toda paciente con este período intergenesico tiene 4 veces más riesgo de que su embarazo culmine antes de las 20 semanas, debido a que no se tiene una adecuada vascularidad uteroplacentaria debido a la poca adaptabilidad vascular y cuanto más corto es el período más pronto termina el embarazo.

Según las normas del MINSA, cada embarazo debe contar con un mínimo de 4 controles prenatales, en nuestro estudio encontramos que un 53.3% se realizaron de 4 a 6 controles prenatales, y un 40% se realizaron de 1 – 3 CPN ; es notorio que un poco más de la mitad de las pacientes recibieron los controles normados que nos permitirían determinar y establecer el riesgo de padecer algún tipo de complicación como la hemorragia postparto, sin embargo dichos resultados ponen en discusión la calidad de la intervención obstétrica, por la presencia de la gestante en los servicios de salud y cuya atención no contribuyó a vulnerar los riesgos

asociados a la gestación, por ello la importancia de promover y realizar captación temprana de los embarazos; sin embargo todavía existe un gran porcentaje de gestantes que prefiere atenderse en sus domicilios, con personal no capacitado ni entrenado, lo que explica en alguna forma el manejo inadecuado de las hemorragias en el puerperio inmediato.

Los datos epidemiológicos nacionales mencionan que la mayoría de los productos son partos en edades comprendidas entre las 37 a 41 6/7 semanas de gestación lo que coincide con los resultados de nuestro estudio donde hay una prevalencia mayor de partos en las edades gestacionales comprendidas entre 38 – 41 semanas de gestación.

De acuerdo a las patologías durante el embarazo, encontramos que las más frecuentes fue anemia en un 50% de las pacientes en estudio, infección de vías urinarias en un 16.7% y en menor frecuencia placenta previa y preclampsia, dichos datos similares a los obtenidos en el Hospital Alemán Nicaragüense y a nivel internacional en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez de Ecuador, en este último predominó la anemia y la preclampsia moderada en un 40% y 50% respectivamente, esto debido a la asociación observada que la enfermedad hipertensiva del embarazo suele llevar implícito trombocitopenia y alteraciones de la función plaquetaria; además en cuanto a la anemia por una dieta inadecuada, en la que los riesgos nutricionales se incrementan, lo que es preocupante debido a que la mujer con anemia puede tolerar menos la hipoxia que conlleva la hemorragia.

Según los datos en la atención del parto, de las pacientes en estudio el 23.3% se le realizaron de 5 – 8 tactos vaginales durante el trabajo de parto, y 76.7% se les realizó de 2-4 tactos vaginales, diversos estudios demuestran que el tacto vaginal debe ser considerado como un factor de riesgo potencial de padecer una infección amniótica o puerperal y neonatal; según las normas del MINSA estos deben de realizarse por lo menos una vez cada 4 horas en el

primer periodo del trabajo de parto, y posterior a ruptura de membranas solo las veces que sea necesario.

Durante el período intraparto encontramos 16.6% de las pacientes tuvieron inducción del parto y 6.6% parto conducido lo que se correlaciona con el mismo porcentaje de pacientes que presentaron hipodinamia uterina (20%) lo que es alto en comparación con otros estudios donde la proporción fue mucho menor. Del total de pacientes en estudio el 26.7% presento parto vía vaginal y el 73.3% fue vía cesárea lo cual es un porcentaje muy alto y la intervención quirúrgica aumenta hasta 4 veces más el riesgo de hemorragia postparto.

Así mismo el 93.3% tuvieron alumbramiento completo, sin embargo, solo 6.7% presentaron alumbramiento incompleto, por lo que también solo el 6.7% requirieron extracción manual de placenta. Se ha comprobado que el manejo activo del alumbramiento, en comparación con el fisiológico, conlleva un menor índice de hemorragia posparto, una menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas. El 76.7% de las pacientes requirió transfusión sanguínea para reponer perdidas y evitar complicaciones de las mismas.

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

En cuanto a la realización del masaje uterino el 83.3% fue realizado por personal médico o paramédico, 3.3% fue realizado por sí mismas, y al 13.3% se lo realizaron el familiar

acompañante, lo que nos indica el poco apego del personal de salud a la realización del mismo, pues el masaje uterino en un 100% debe realizarse por personal médico o paramédico calificado.

En lo que a puerperio inmediato, como factor predisponente para hemorragia post parto, en nuestro estudio siendo el principal la hipo y/o atonía uterina en un 83.3%, seguido de retención de restos placentarios (62%) en orden de frecuencia, lo que coincide con los resultados de estudios realizados sobre el tema en abordaje y las normas nacionales que ponen de manifiesto la atonía uterina como la principal causa de hemorragia post parto, que conlleva a la todavía elevada incidencia de muerte materna, por lo que se hace necesario el contribuir y fortalecer trabajos en conjunto desde la familia y comunidad con el objetivo de proteger al binomio de cualquier complicación obstétrica y neonatal respectivamente, con CPN integrales con personal capacitado al servicio de la población.

CONCLUSIONES

1. Referente a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio la mayoría se encontraban en rango de edad de 20-35 años de edad, con escolaridad de secundaria, procedían de zona urbana, laboraban como asistente del hogar y están en unión libre.
2. En cuanto a los antecedentes Gineco-obstetricos relevantes para hemorragia postparto la mayoría eran multigestas, múltipara, un tercio con antecedente de cesárea, con periodo intergenesico normal, la mayoría se realizó entre 4-6 control prenatal y presentaban una edad gestacional entro 38-40.6 semanas de gestación.
3. Respecto a las patologías durante el embarazo asociadas a hemorragia postparto se encontró que un mínimo de las pacientes presento placenta previa, preeclampsia e IVU. La mitad de las pacientes presento algún grado de anemia.
4. Referente a los datos de atención del parto que predisponen a hemorragia postparto se encontró que un mínimo se les realizo más de 5 tactos vaginales y un pequeño porcentaje eran macrosomico y en presentación pélvica. Un cuarto de las pacientes se les realizo inducto conducción del trabajo de parto. A un pequeño número de las pacientes se les realizo AMEU- LUI. A la gran mayoría de las pacientes se les indico transfusión sanguínea. El masaje uterino en su mayoría lo dio el personal de salud. Del total de cesárea la mayor indicación fue por cesárea anterior bajo bloqueo espinal.

5. En cuanto a los datos de puerperio inmediato que se asocian a hemorragia postparto la gran mayoría de las pacientes no presentaron desgarros, a la mitad de las pacientes que presentaron parto vaginal se les realizo episiotomía. En un mínimo porcentaje hubo retención de restos. La gran mayoría de las pacientes presento hipo/atonía uterina siendo esta la principal causa de hemorragia postparto. Un pequeño porcentaje de las pacientes se les realizo histerectomía obstétrica y un tercio de las pacientes ingreso a sala de cuidados intensivos.

RECOMENDACIONES

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

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

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

5. A los jefes de servicios hospitalarios enfatizar en la realización de la episiotomía debe ser selectiva y solo en casos que resulten justificados y no en forma rutinaria.

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

7. Continuar dando clases de forma periódica sobre el manejo de la hemorragia postparto a todo el personal médico y de enfermería del hospital.

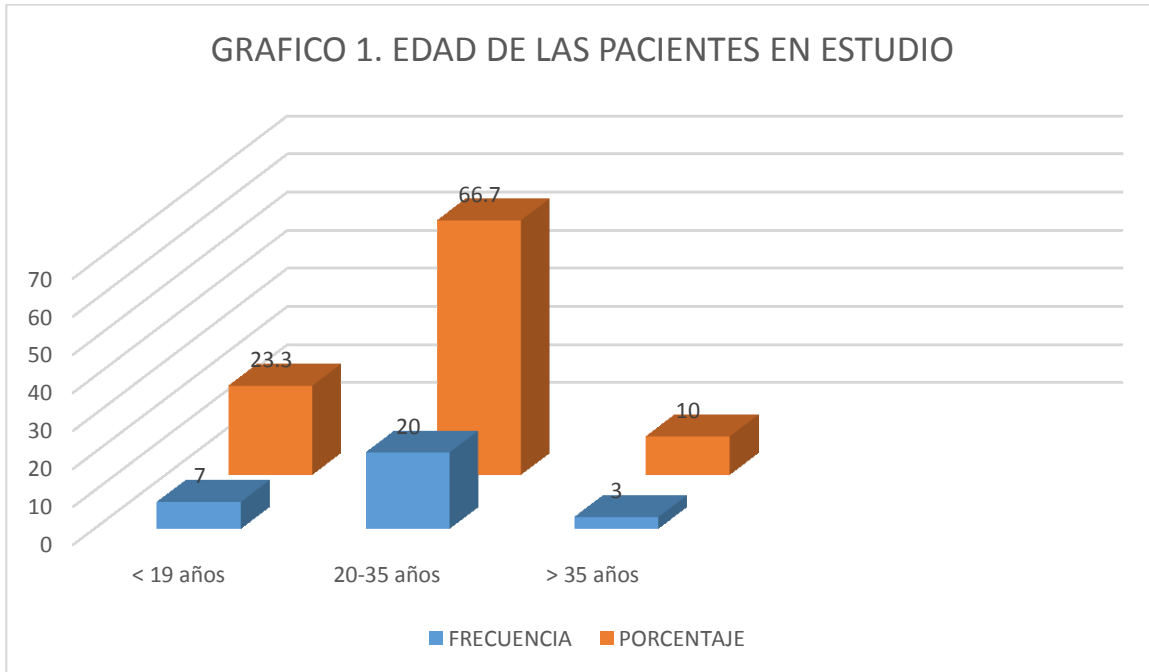
BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua, 2018.
2. Orozco Yanza, Jenny Patricia. Factores de Riesgo de Hemorragia Postparto en Pacientes con Puerperio Inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo. 2010
3. Pablo Miguel Ojeda, Sofia Esther Medina Pinto Dra. Griselda Iratí Abreo. Hemorragia puerperal. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 206. Argentina, Abril 2011.
4. Hernández, Dayana. Manejo de la hemorragia severa post parto. Universidad de El Salvador. El Salvador, C.A, 2012. 5. Barba, Vallejos Deisy. Efecto de la aplicación del manejo activo del III periodo del parto y hemorragia posparto en el Hospital General Docente Riobamba. Ecuador, 2013.
5. Narváez, Delgado Edgard José. Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en dos hospitales de Managua. Hospital Fernando Vélez Paíz y Hospital Bertha Calderón Roque. Nicaragua, 2007.
6. Araúz, Téllez Pedro. Manejo de la hemorragia post parto por atonía uterina. Hospital Bertha Calderón Roque. Nicaragua, 2011.
7. Rodas, Kelvin; RUÍZ, Marlon. Principales factores maternos asociados a hemorragia post parto en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital San Juan de Dios. Estelí, Nicaragua. 2008-2011.

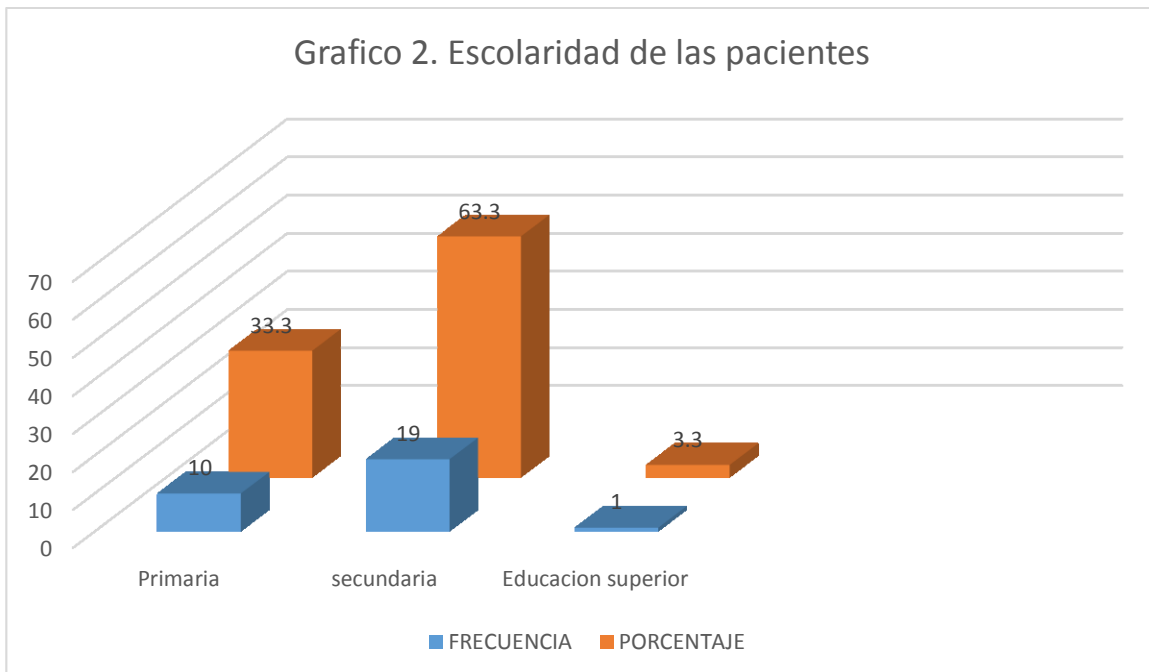
8. Centeno, Mauricio. Hemorragia post parto en las mujeres atendidas en el Centro de Salud Rosario Pravia Medina. Rosita, RAAS. UNAN Managua, 2012.
9. Toledo, Maycol. Aplicación del protocolo de hemorragia post parto establecido por el MINSA, en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Asunción.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

ANEXOS

GRAFICOS

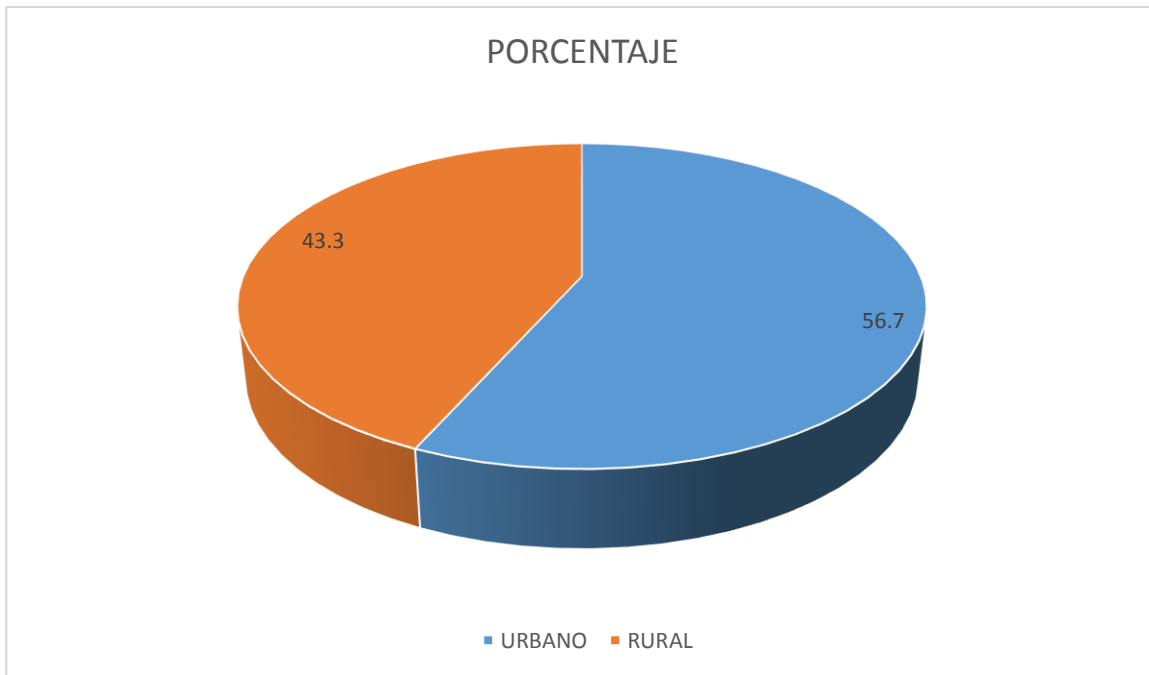


FUENTE: tabla 1.

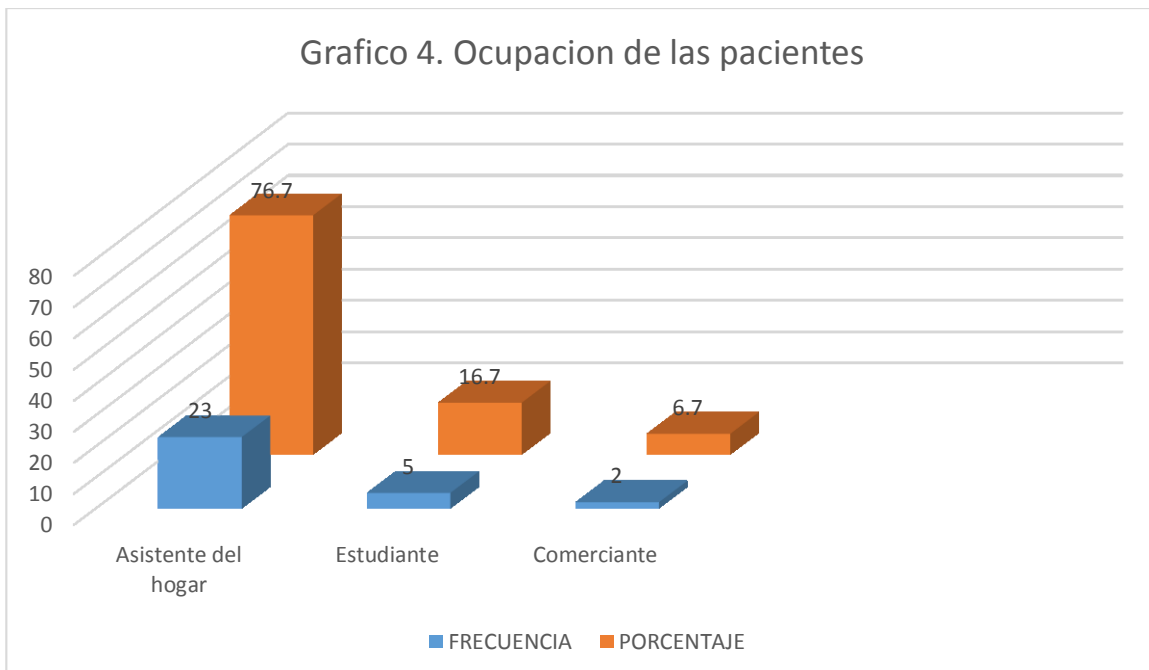


FUENTE: tabla 1.

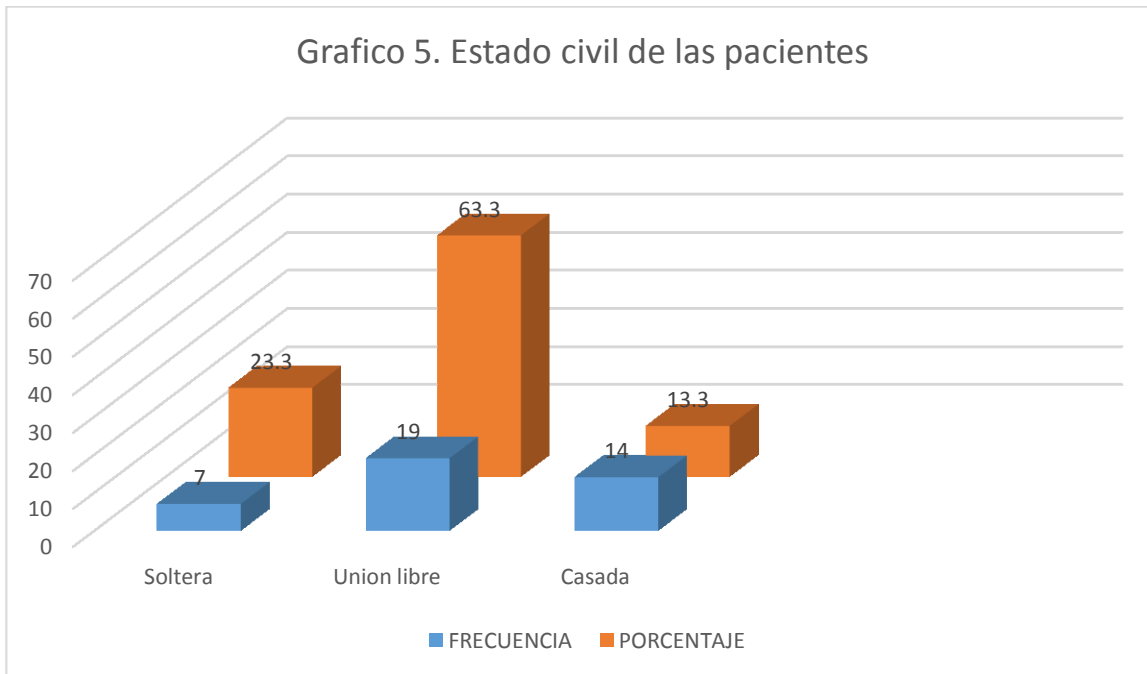
GRAFICO 3. Procedencia de las pacientes



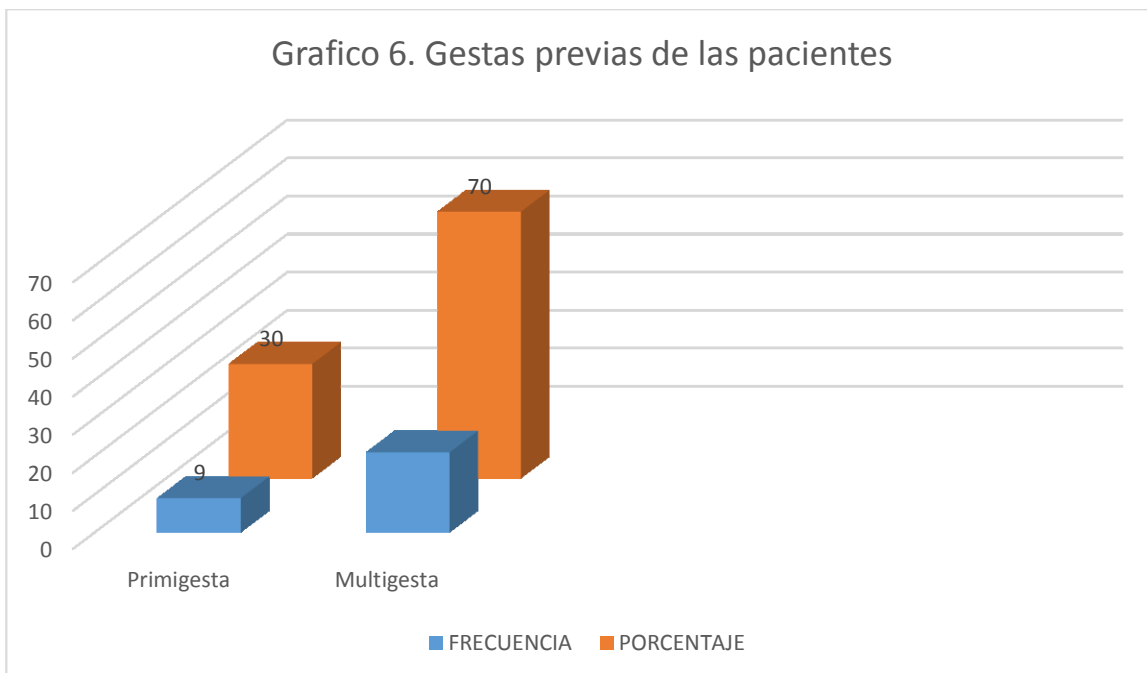
FUENTE: tabla 1.



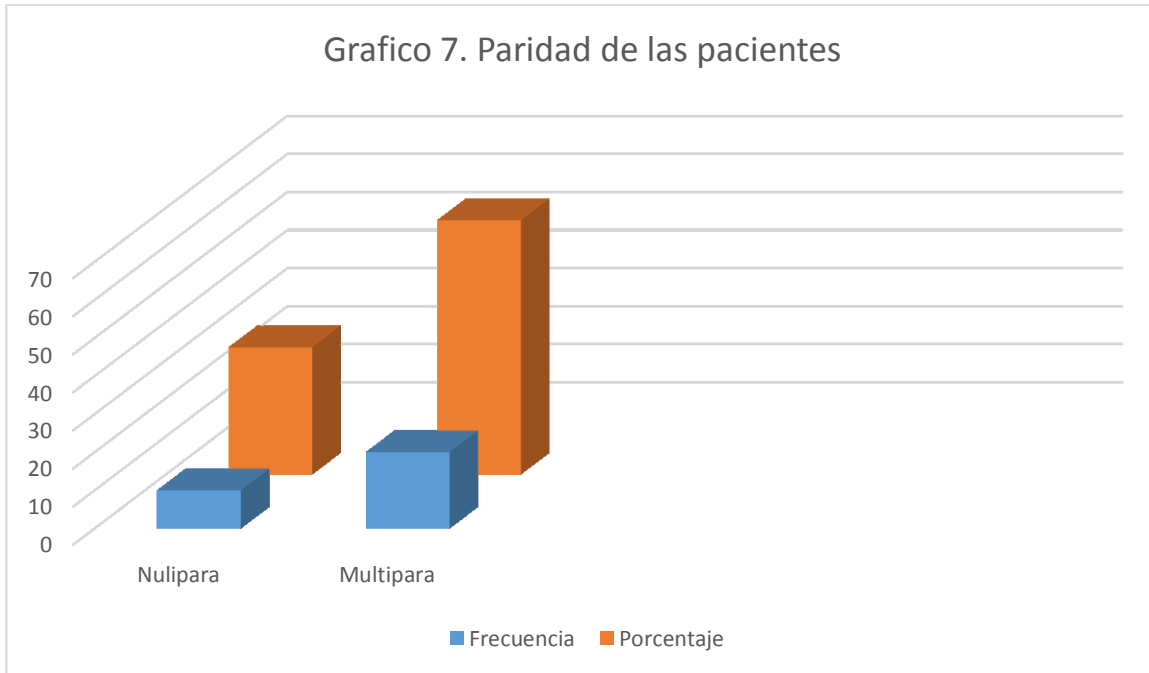
FUENTE: tabla 1.



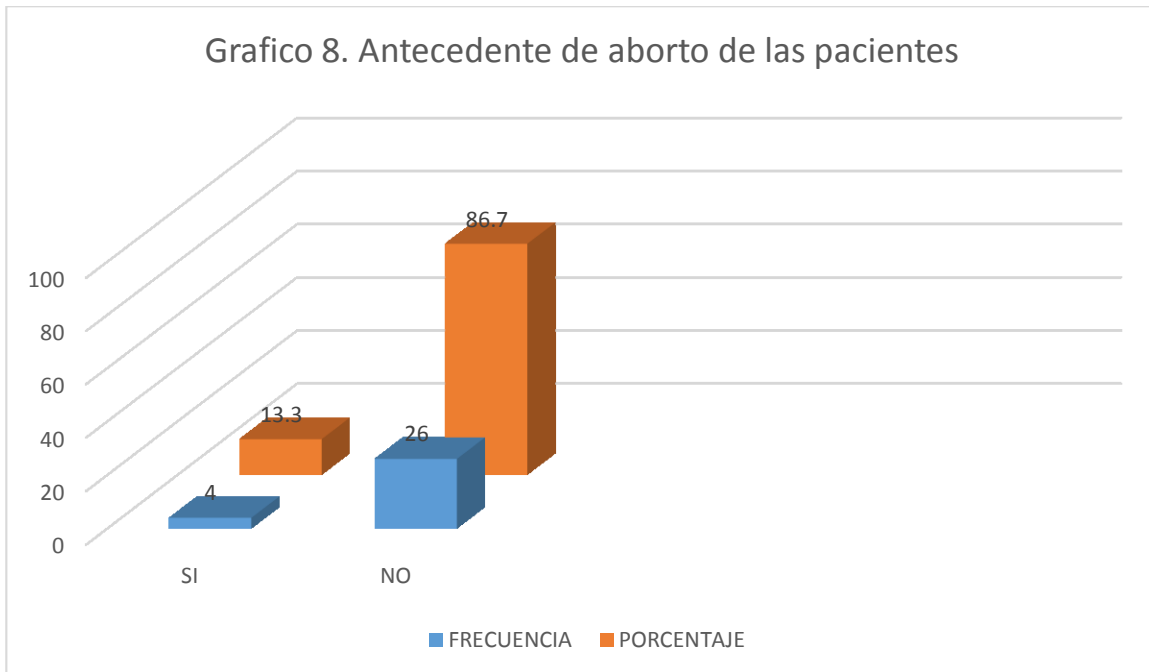
FUENTE: tabla 1.



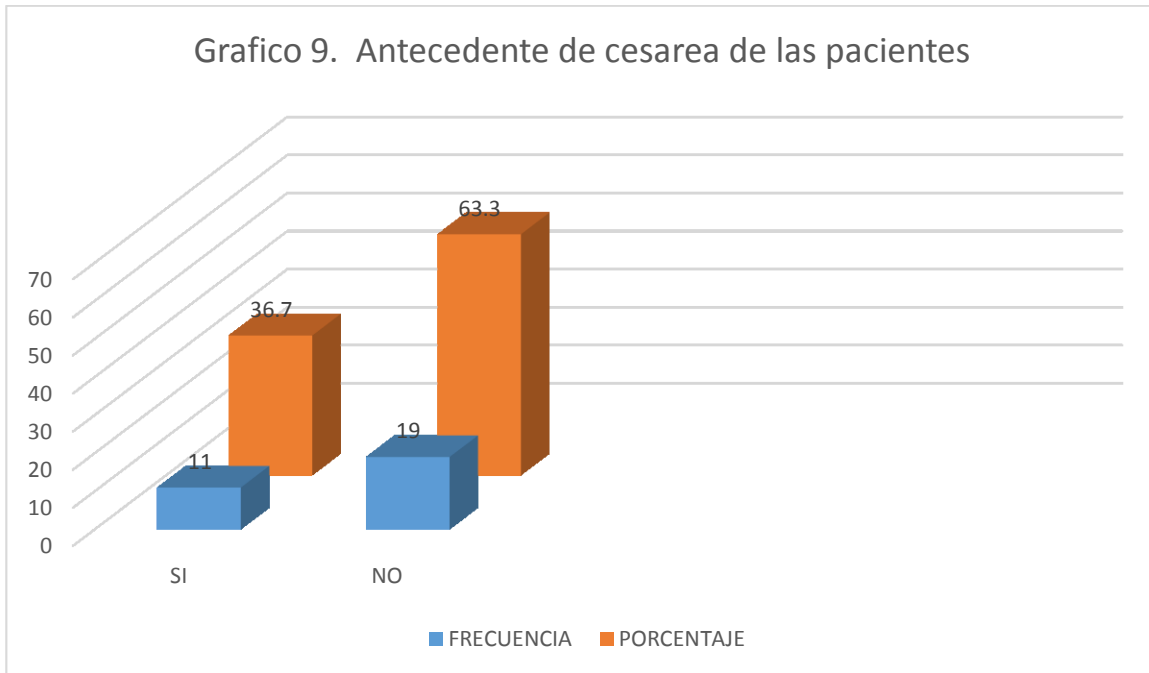
FUENTE: tabla 2.



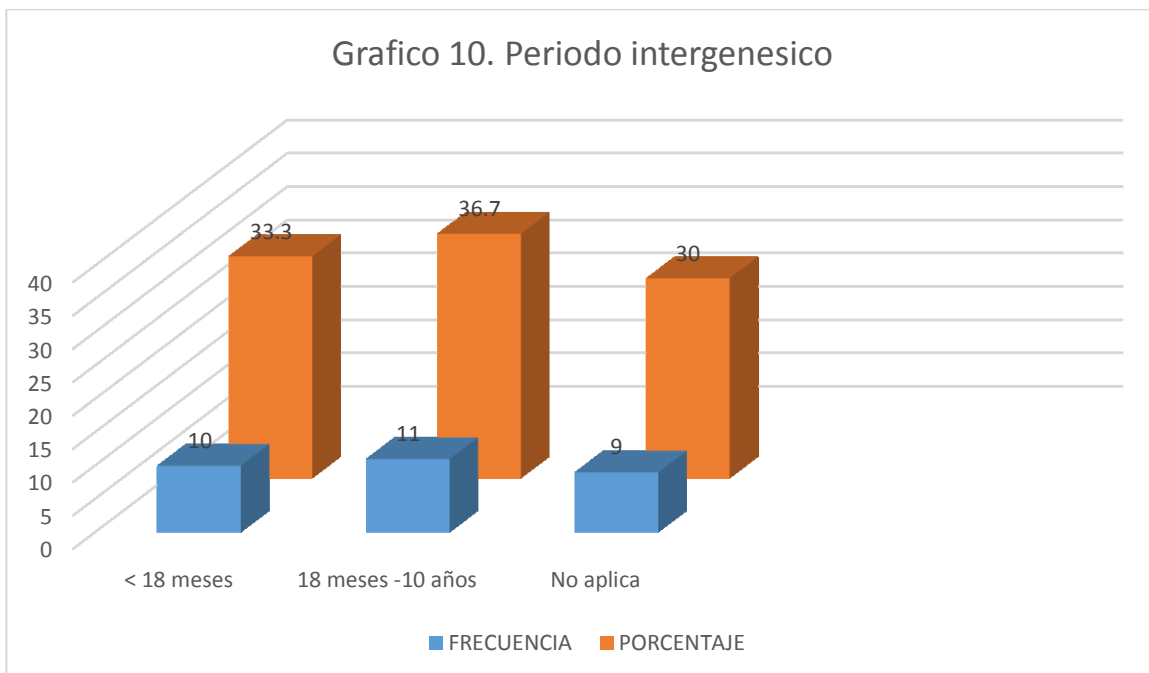
FUENTE: tabla 2.



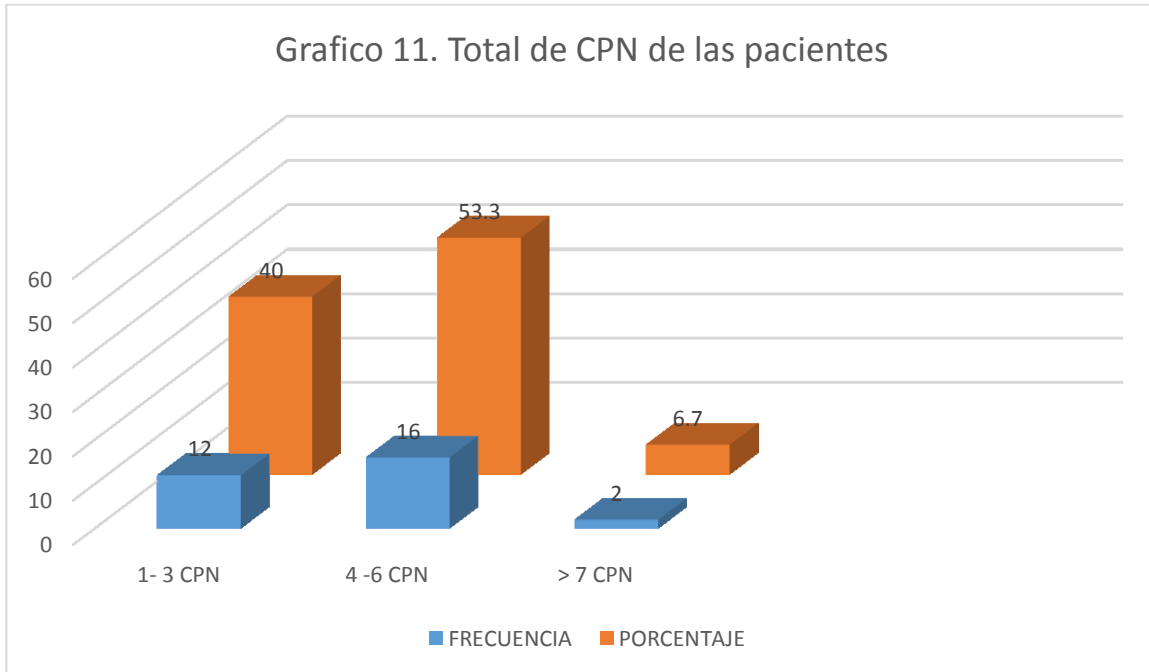
FUENTE: tabla 2.



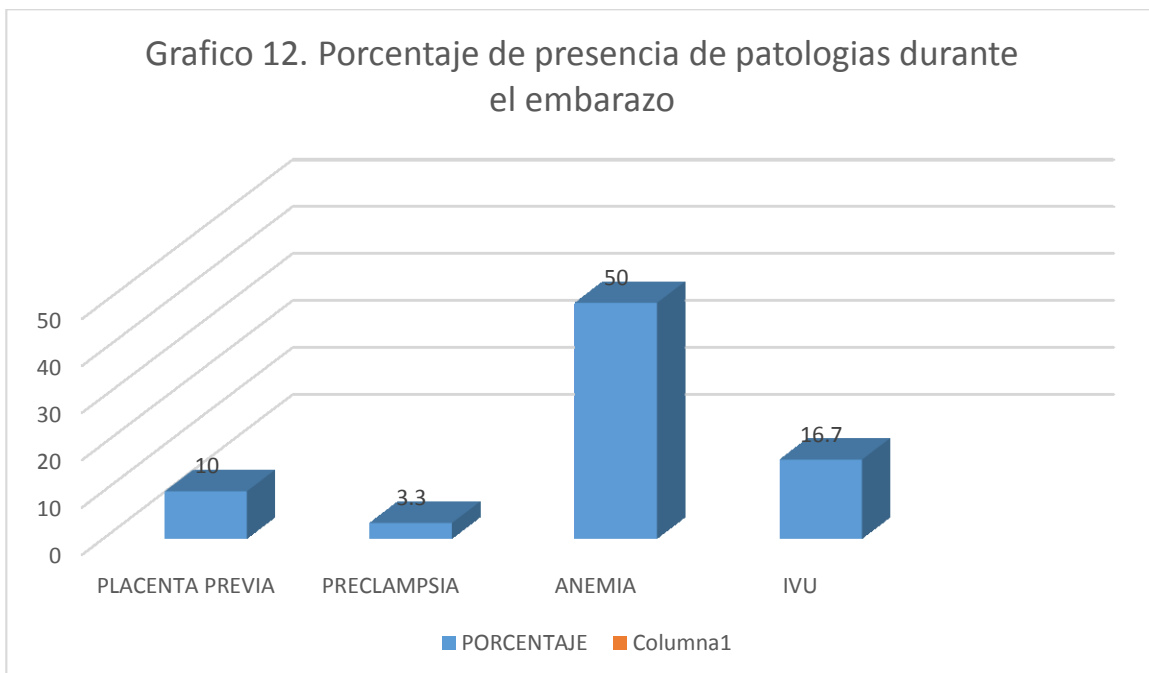
FUENTE: tabla 2.



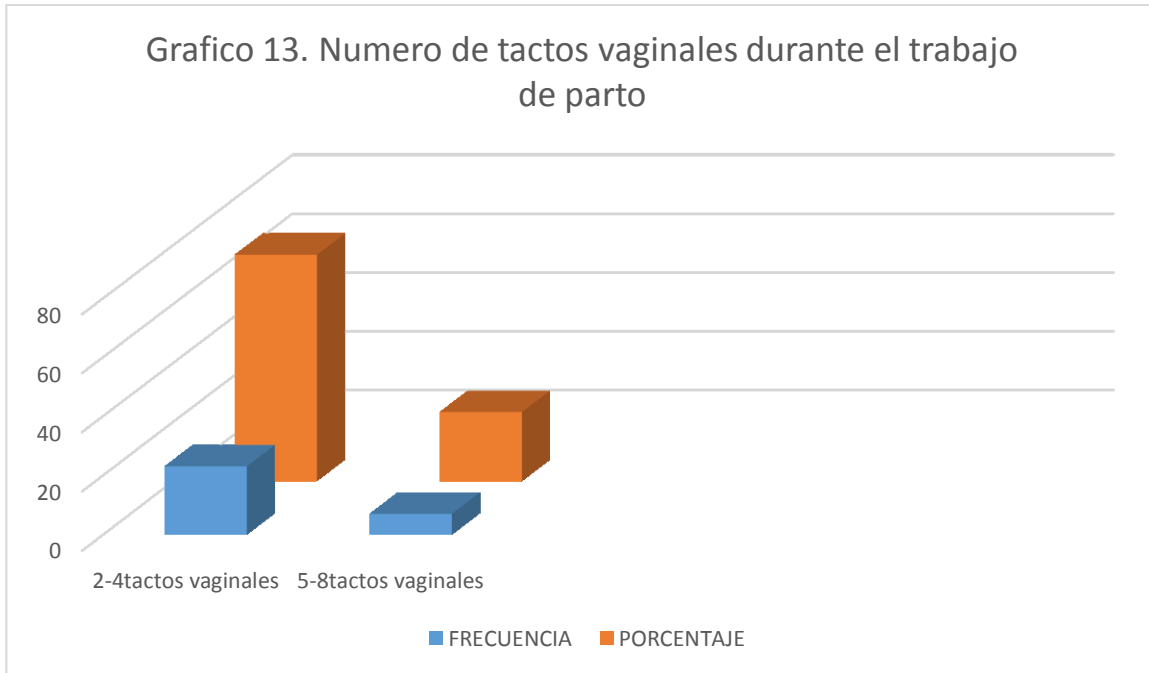
FUENTE: tabla 2.



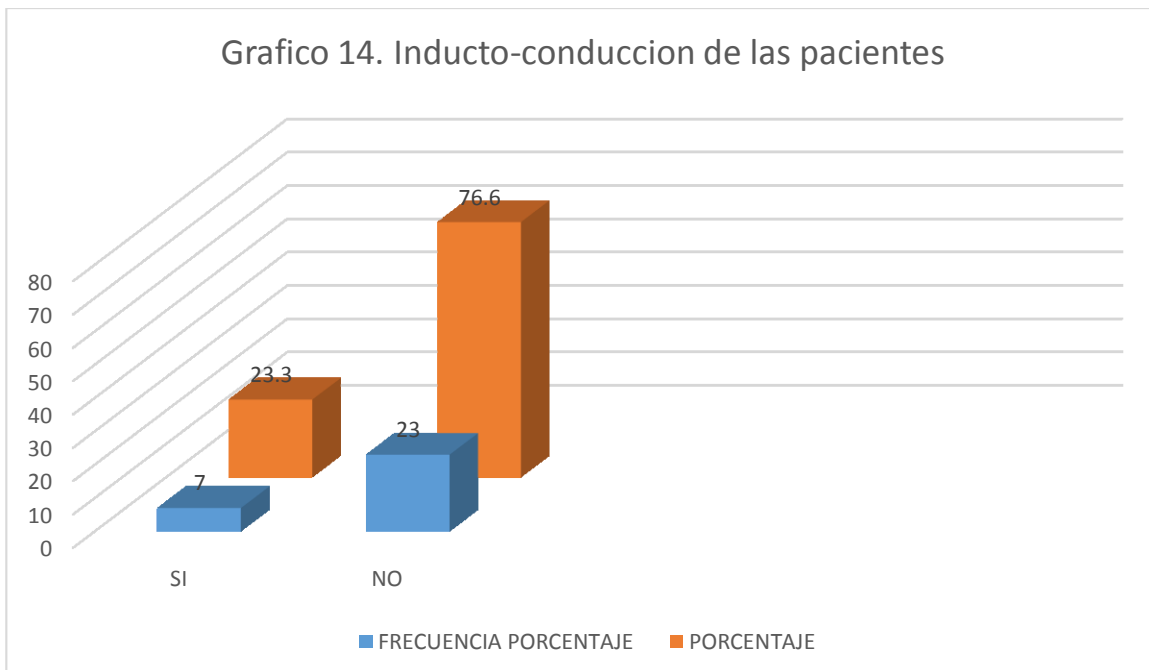
FUENTE: tabla 2.



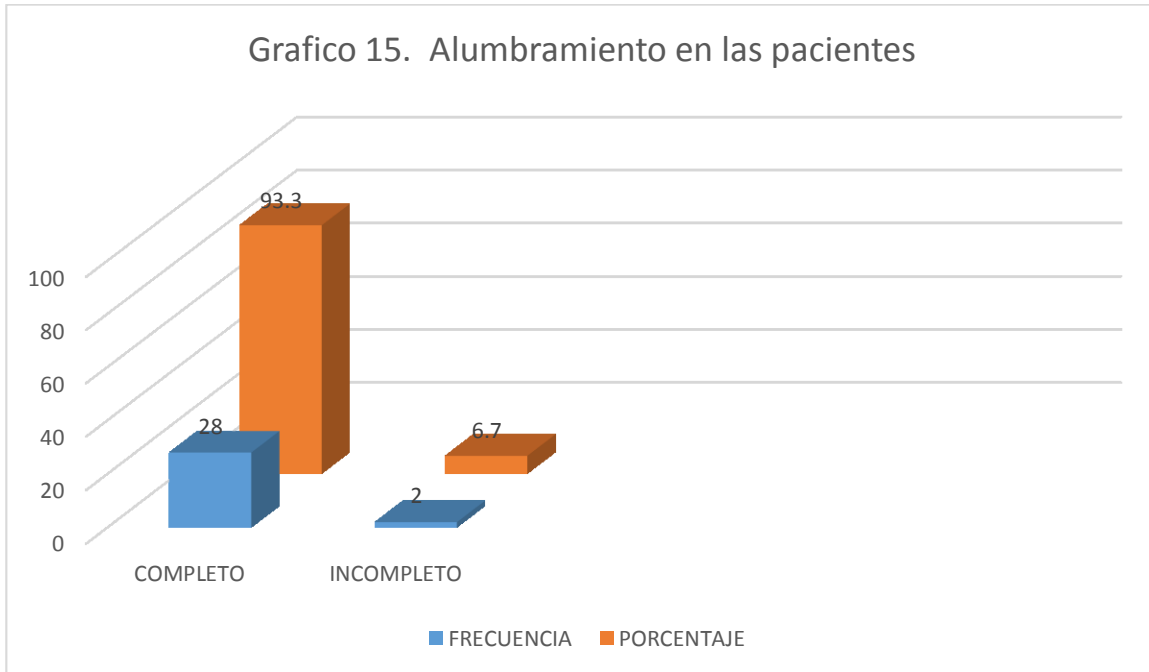
FUENTE: tabla 3.



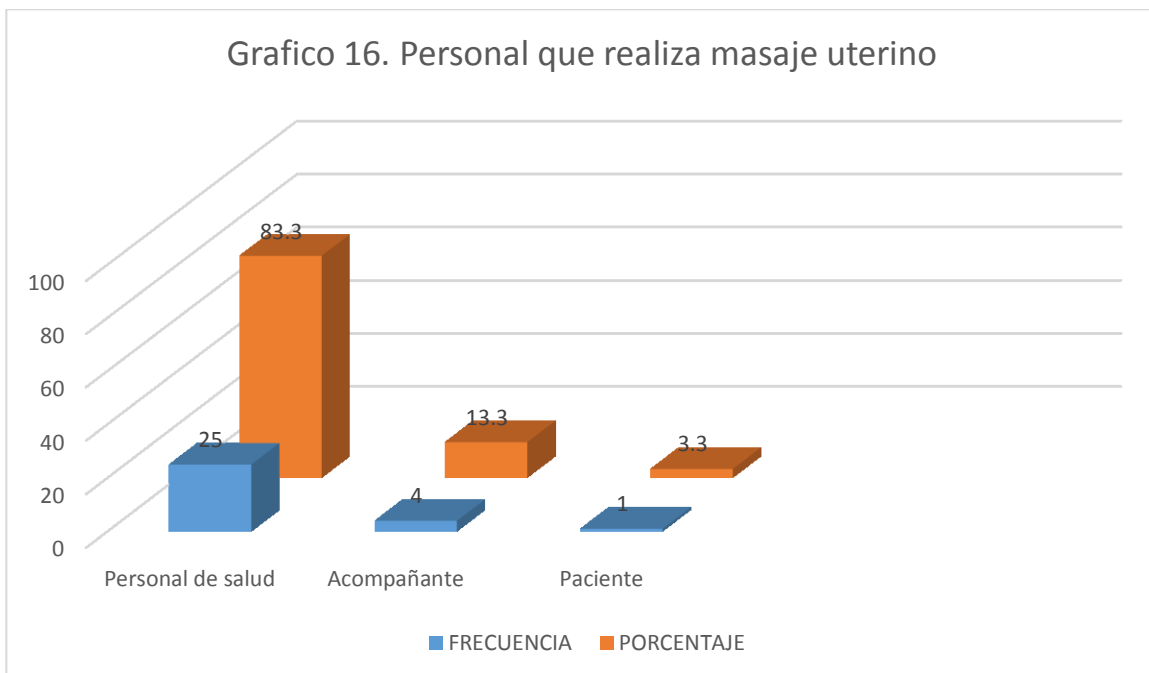
FUENTE: tabla 4.



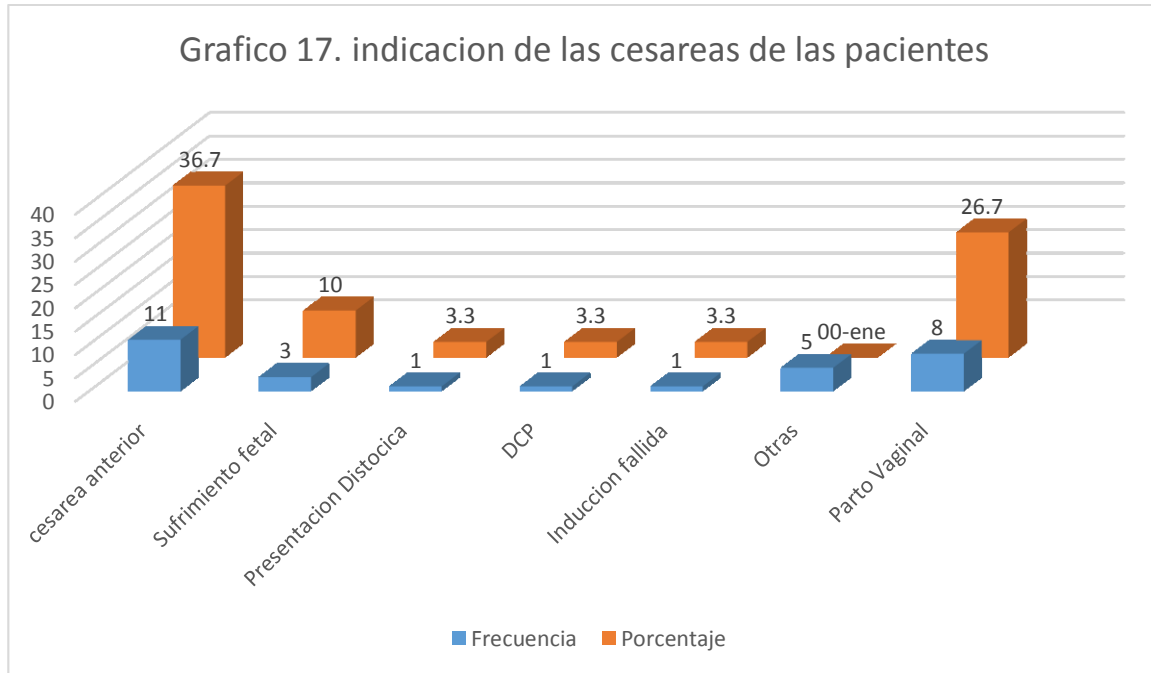
FUENTE: tabla 4.



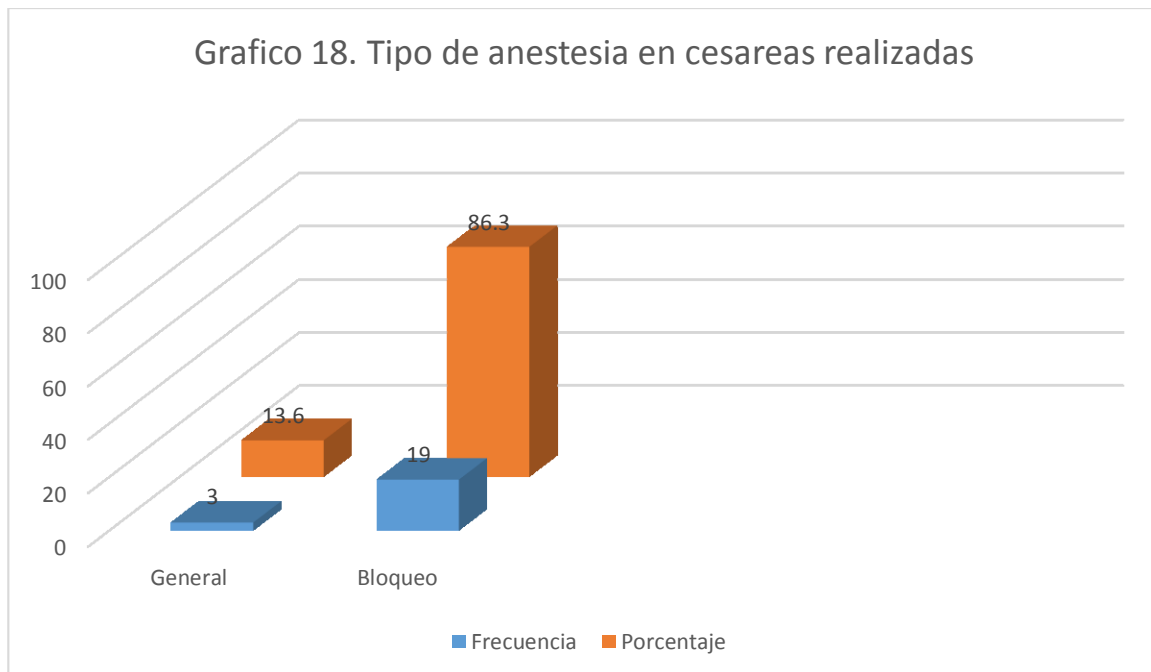
FUENTE: tabla 4.



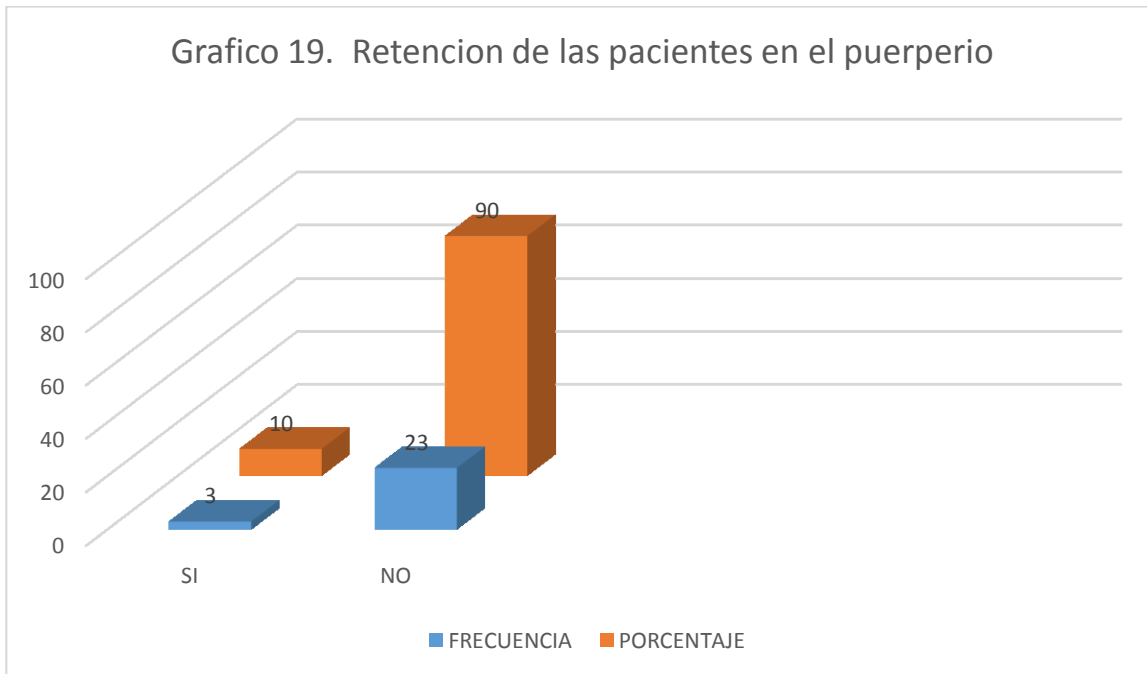
FUENTE: tabla 4.



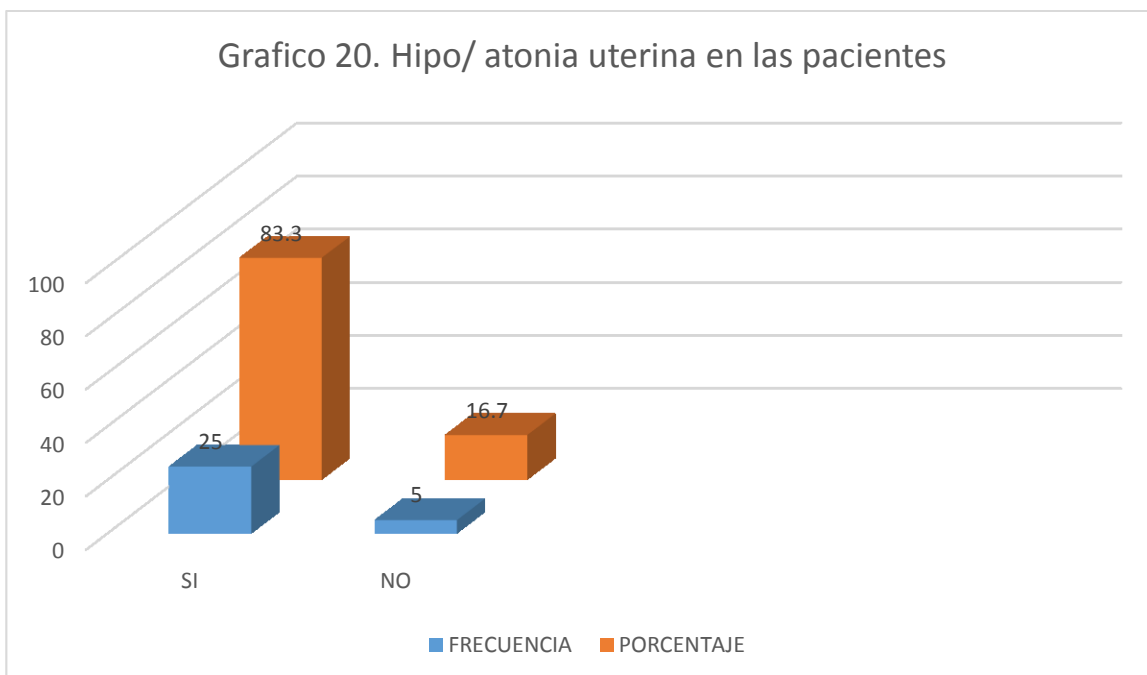
FUENTE: tabla 4.



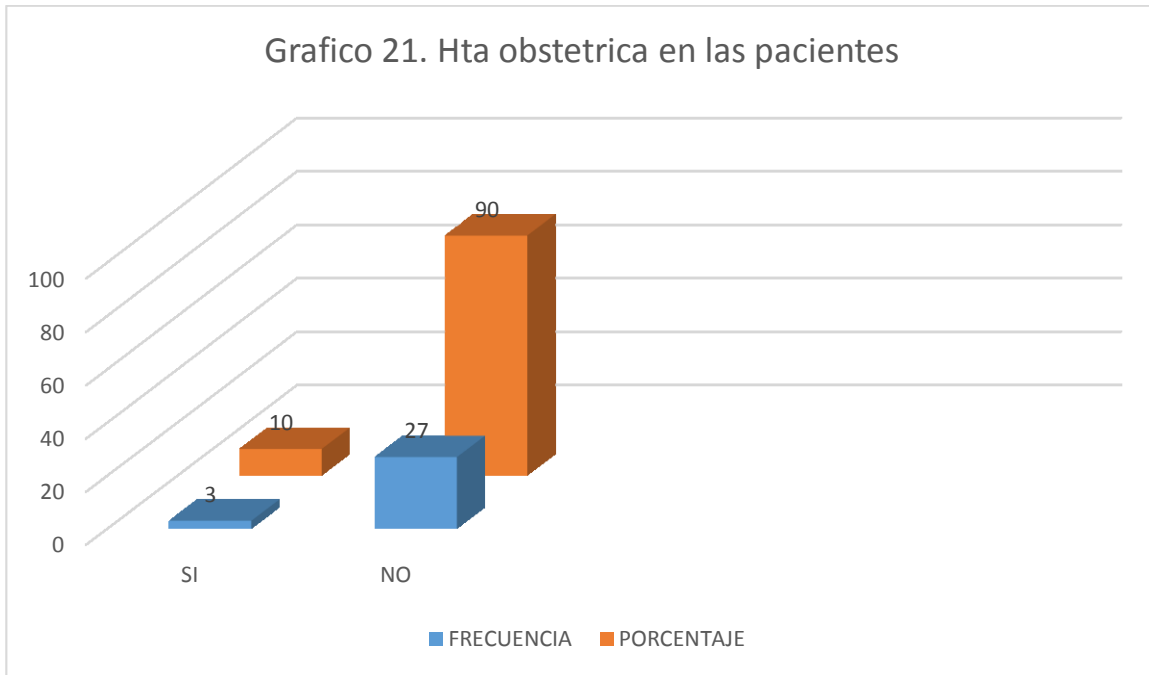
FUENTE: tabla 4.



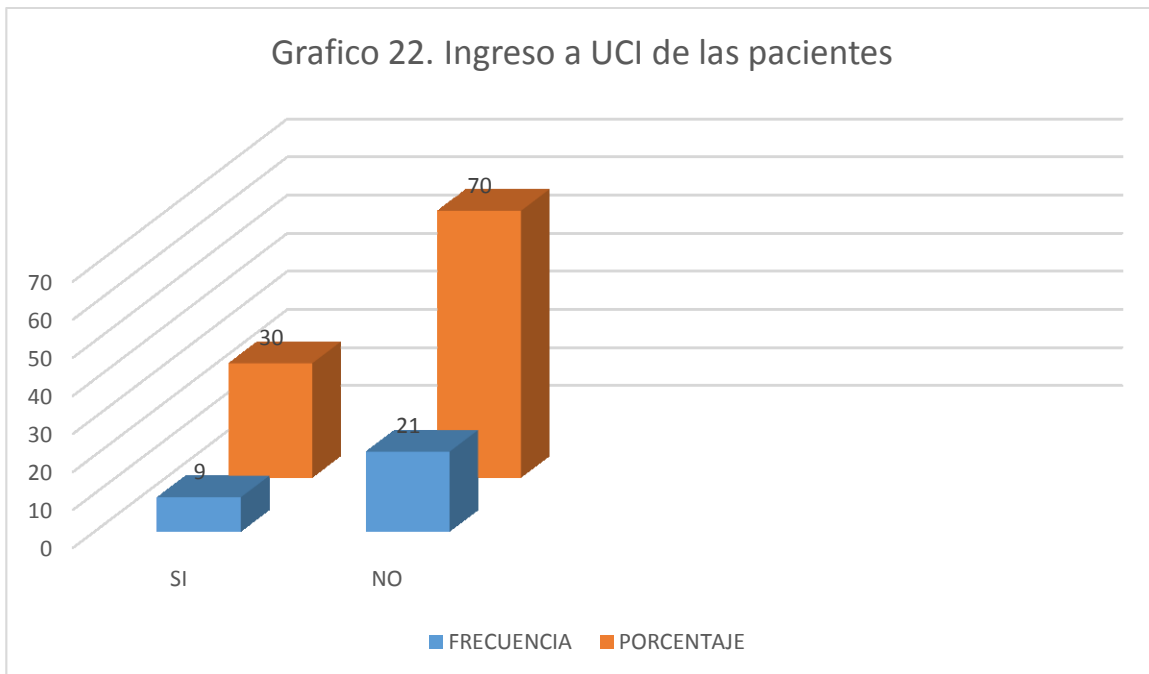
FUENTE: tabla 5.



FUENTE: tabla 5.



FUENTE: tabla 5.



FUENTE: tabla 5.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
NICARAGUA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE
JINOTEPE**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Tema: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018.

I. Datos generales

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

II. Antecedentes gineco-obstétricos

1. Gestas previas: 1) primigesta 2) multigesta
2. Paridad: 1) primípara 2) múltipara
3. Aborto: 1) si 2) no
4. Cesárea anterior: 1) si 2) no
5. Cirugías previas: 1) si 2) no
6. Legrados: 1) si 2) no

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS A TERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

7. Óbitos: 1) si 2) no
8. Periodo intergenésico: 1) < 18 meses 2) 18 meses a 10 años
3) > 10 años
9. CPN: 1) ninguno 2) 1-3 3) 4-6 4) > 7
10. Edad gestacional: 1) 37 semanas 2) 38-41 semana
3) >41 semanas

III. Patologías durante el embarazo

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

IV. Datos durante el parto

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

13. Realización de LUI / AMEU: SI NO
14. Transfusión : 1) SI 2) NO
15. Alumbramiento: 1) completo 2) incompleto
16. Extracción manual de placenta: 1) si 2) no
17. MATEP:
- 17.1. Oxitocina: 1) si 2) no
- 17.2. Pinzamiento del cordón: 1) si 2) no
- 17.3. Tracción y contratación controlada: 1) si 2) no
- 17.4. Masaje uterino: 1) si 2) no
18. Realización del masaje uterino: 1) personal de salud
- 2) acompañante 3) paciente
19. Indicación de cesarea: 1) cesarean anterior
- 2) SFA 3) Presentacion distocica
- 4) Trabajo de parto detenido 5) Dcp
- 5) Patología materna 6) induccion fallida
- 7) Otras
20. Tipo de anestesia: 1) General 2) Bloqueo

V. Datos del puerperio inmediato

1. Desgarros canal vaginal/perineal 1) ausentes 2) grado I
- 3) grado II 4) grado III
2. Episiotomía: 1) si 2) no
3. Retención de restos placentarios: 1) si 2) no
4. Hipo y/o atonía uterina: 1) si 2) no
5. Rotura uterina: 1) si 2) no
6. Inversión uterina: 1) si 2) no
7. Coagulopatía materna: 1) si 2) no

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN NACIMIENTOS A TERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

8. GSP: 1) presente 2) ausente
9. HTA obstétrica: SI NO
10. Ingreso UCI : SI NO
11. Muerte materna : SI NO