

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA. MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “FAREM UNAN CARAZO” FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS



INFORME FINAL MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

“Conocimiento, actitudes y prácticas en el personal médico y enfermería sobre el manejo de la hemorragia postparto según la normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019.”

Autores:

Br. José Enmanuel Palacios Castillo

Br. Junior Humberto Munguía Ramírez

Tutor:

Dr. Ervin José Ambota López. PhD

Salud Pública - Epidemiología

Economía en Gestión Sanitaria

Especialista en VIH / Sida

Tutor Metodológico

Carazo, 20 de Enero, 2020

DEDICATORIA

Esta monografía de graduación está dedicada en primer lugar a Dios por la sabiduría y perseverancia, a mis padres por su apoyo incondicional, amor, cariño y por estar a mi lado a cada momento. A personas especiales que de igual manera han estado motivándome siempre.

“y todo lo que hacéis, se ha de palabra o de hecho, hacedlo todo en el nombre del señor Jesús, dando gracias a Dios padre por medio de él.” (colosenses 3:17)

José Emmanuel Palacios Castillo

Junior Humberto Munguía Ramírez

AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad trasvernos dentro de ella, nos hemos dado cuenta que más haya de ser un reto, es una base no solo para nuestro entendimiento del campo en el que nos hemos visto inmerso, si no para lo que concierne en la vida y en nuestro futuro.

Le agradecemos primeramente a Dios, que nos da la sabiduría y el privilegio de la vida nos ofrece lo necesario para alcanzar las metas que nos planteamos.

A nuestros padres por su amor incondicional en todos los momentos brindando consejos, educación, e impartiendo valores para guiarnos correctamente.

A nuestros maestros por la exigencia y poder hacer la diferencia de nosotros entre muchas personas.

José Emmanuel Palacios Castillo

Junior Humberto Munguía Ramírez

OPINION DEL TUTOR

El conocimiento teórico representa un papel fundamental en la práctica del personal de salud que engloba los principios clínicos que se adquieren a lo largo del desempeño laboral como resultado de la experiencia y aprendizaje, que se ponen en práctica cierto tipo los conocimientos previos, apoyado en la actitud que es los subjetivo de cada una de las personas, en el campo de la obstetricia es importante mejorar la calidad de vida del embarazo y evitar complicaciones posteriores, por lo que es necesario reconocer los factores de riesgo, que nos permitan reconocer en forma oportuna las complicaciones y realizar un abordaje inmediato y adecuado, de tal forma que evitara el agravamiento y la muerte de la mujer. El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia establecidas por protocolos y normativas de maneja, llevadas adelante por parte de personal de salud idóneo, puede descender fuertemente la razón de mortalidad materna.

La mayor parte de muertes maternas por HPP son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del manejo activo del tercer período del parto, intervenciones quirúrgicas, así como, las transfusiones sanguíneas.

A pesar de esto aún persisten brechas de acceso para muchas mujeres que no acceden a estos servicios y problemas inherentes a la calidad de los servicios en ciertas áreas. La HPP, representa uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país.

Es esta la razón fundamental de dicho estudio conocer el grado de conocimiento, actitudes y prácticas de los dos pilares principales de las unidades de salud médicos y enfermería.

Dr. Ervin José Ambota López. PhD

**MPH Salud Pública – Epidemiología
Máster en Economía y Gestión en Salud
Especialista en VIH - sida
Tutor Metodológico**



RESUMEN

Con el **Objetivo** de evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud; médico y enfermería, sobre el manejo de la hemorragia postparto según la normativa 109. Hospital Primario de La Dalí, Matagalpa, se realizó el presente estudio durante el II Semestre 2019,

Diseño metodológico: se efectuó un estudio descriptivo, observacional, transversal, utilizando técnicas CAP, con un universo de 72 personal de salud entre médicos y enfermeras ubicado en el hospital primario La Dalia, del departamento de Matagalpa. La muestra fue igual a universo por conveniencia de los autores. Se realizó una prueba piloto del 10% de la muestra para disminuir el sesgo de información al momento de la recolección de los datos. se tomaron en cuenta criterios de inclusión y exclusión se elaboró hoja de consentimiento informado para trabajadores de la salud. Para valorar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas se aplicaron índices sumatorios, asignando a cada respuesta una determinada puntuación, se formuló escala de calificación,

Resultados: El personal de salud del Hospital Primario La Dalia; tiene un buen nivel de conocimiento, actitud favorable y practicas adecuadas sobre manejo de HPP con buena aceptabilidad de respuesta en relación a definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento, procedimiento.

Conclusiones: La mayoría de la literatura revisada al igual que el presente estudio existe un grado de conocimiento entre buena y regular sobre la temática estudiada, con favorable actitud y adecuadas prácticas en su entorno laboral ante la sospecha o manejo de HPP en cuanto a la aplicación de la normativa 109.

Palabras Claves: Normativa 109, Parto, Hemorragia PostParto, Conocimiento, Actitudes, Prácticas

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
OPINION DEL TUTOR.....	III
RESUMEN.....	IV
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	11
IV. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
V. OBJETIVOS.....	13
VI. MARCO TEORICO	14
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
VIII. RESULTADOS	57
IX. ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	58
X. CONCLUSIONES.....	64
XI. RECOMENDACIONES	65
XII. BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	71

I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, y en los países en vías de desarrollo como Nicaragua las tasas son mayores.

Ocurre en el 5% de todos los nacimientos y ocasiona 140,000 muertes al año, que equivalen a una muerte cada 4 minutos. Según Rani P, (2017) la mayoría de las muertes se dan dentro de las primeras 4 horas postparto; en el 2016 hubo 760 muertes maternas ocupando el 22.6% la hemorragia obstétrica afirma Denicia J, 2016.

La evaluación del grado de conocimiento, actitudes y prácticas que desarrollan el equipo médico y enfermería en el manejo de la hemorragias post parto es de gran importancia, se deben de conocer los factores de riesgos para conocer las brechas para tomar nuevas estrategias frente a la aplicación de los protocolos y estándares actuales en el manejo integral de las mujeres con hemorragias post parto con el propósito de mejorar la calidad de atención y vida de mujeres que sufren este tipo de problemas.

El ministerio de salud pública del Nicaragua deben de fortalecer para mejorar el nivel de conocimiento al personal de salud de la mejor manera en muchas prácticas y actitudes valiéndose así de protocolos charlas y capacitaciones muchas de las cuales no son llevadas a cabo por el personal de salud por lo que se llega a complicaciones sobre todo en patologías como es una hemorragia post parto teniendo en cuenta que ponemos en riesgo la vida de una persona nosotros como profesionales de salud somos apoyo fundamental al equipo de salud por lo que necesitamos estar capacitados y actualizados en esta complicación ya que a más de ser un apoyo también poder contribuir a resolver una complicación obstétrica.

Se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen un tratamiento de calidad, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el proceso de parto y postparto, con el propósito de dar respuesta a esta problemática social que se presenta en mujeres atendidas en dicho hospital.

II. ANTECEDENTES

Estudios Internacionales

Según Alvarado Berrueta, Rosa María y Margarita Arroyo Vázquez. En su estudio Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater (2012, pág. 25) refiere que en la actualidad la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, que las muertes de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio está considerado un problema no resuelto.

Philippe y colaboradores (Cuba, 2011), realizaron un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo de la técnica de alumbramiento activo con la técnica de mínima intervención en la fase de parto en 110 pacientes, resultando que el 3% de las que fueron asistidas durante la tercera etapa tuvieron pérdidas de 500ml de sangre en promedio. La duración del tercer periodo del parto disminuyó en 13% al comparar el manejo activo con las gestantes que se esperó un alumbramiento espontáneo.

Hernández y colaboradores, en el Salvador (2011, pág. 12) estudió el manejo de la hemorragia posparto, encontrando que en 40 casos solo el 62.5% había cumplido el manejo activo del tercer periodo del parto. Además evidenció el correcto manejo médico de atonía uterina en la totalidad de los casos. Además realizó un estudio descriptivo en el Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Arguello Escolán", encontrando que el mayor porcentaje de eventos de hemorragia posparto fue en multíparas con el 72%, siendo la causa principal la atonía uterina con un 85%. El 92% desarrolló anemia.

Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Postparto. En Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (2012, pág. 22) publicó una investigación sobre el nivel de conocimientos en las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto, postparto y trastornos hipertensivos del embarazo en internos de enfermería del Instituto Nacional Materno Perinatal concluyendo que el nivel de conocimiento global de los internos de enfermería acerca de la hemorragia durante el parto-postparto y trastornos hipertensivos del embarazo fue medio (80%).

En lo que respecta a hemorragia durante el parto-postparto la mayoría de los internos de enfermería obtuvo un nivel medio en conocimientos sobre el diagnóstico (59.7%) y manejo (69.4%) de la misma. Más de la mitad de los internos de enfermería obtuvieron un nivel medio (54.8%) en conocimientos sobre medidas preventivas de la hemorragia durante el parto-postparto. Se observó un porcentaje relativamente alto de internos de enfermería con

niveles bajos de conocimientos de diagnóstico de la hemorragia durante el parto y postparto (32,3%).

León W, Villamarin S, Velasco S, Gonzales F, Henríquez R, Aguinaga G. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Post Parto (2013, pág. 23) se realizó la investigación sobre prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento concluyendo que las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la FIGO, la ICM, la SEGO y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), abogan por la utilización de un manejo activo del tercer periodo del parto. La evidencia científica demuestra que con el alumbramiento dirigido se obtienen mejores resultados de salud que con el expectante. El manejo de este periodo es muy importante, ya que ayudará a prevenir determinadas complicaciones, como la HPP, que es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

En Ecuador según el INEC para el año 2013 se reportó un total de 8491 nacimientos atendidos por personal no médico entre las cuales se incluyen Auxiliares de enfermería, comadronas calificadas, comadronas no calificadas, entre otros. Se documentaron 3.255 nacimientos en el área rural de los cuales 209 fueron atendidos por personal no médico. Además, se observaron 166 muertes maternas tempranas.

En Ecuador el programa llamado Norma para la Organización del Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) (2013, pág., 71) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador con características únicas que lo permiten diferenciar de otros países, este programa busca principalmente disminuir la morbimortalidad materno-neonatal.

La estrategia CONE se encarga de ofrecer servicios integrados y de manera continua a la madre durante toda su gestación, parto y puerperio, así como al recién nacido/a hasta los 28 días de vida, en todo momento las 24 horas del día, los 365 días del año. Asimismo, se encarga de fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna e integra la mortalidad neonatal como parte del problema.

La atención del parto domiciliario fue de 9% sin embargo varía de acuerdo a cada localidad. Existen muchas razones culturales, sociales y emocionales que hacen que las mujeres embarazadas no deseen asistir a los centros hospitalarios y en cambio deciden quedarse en su domicilio en el momento del parto, según el INEC en el año 2013 las razones más frecuentes fueron: “Más confianza en el ambiente, familiares y partera” con

44%; “Es nuestra costumbre, tradición”37%; “Factores económicos, más barato” 29%; “Dificultad de transporte para ir al hospital” 26%; “Buen trato de familiares y partera” 24%; “En la casa se puede practicar costumbres, tradiciones” 15%; “En el hospital hacen prácticas que no les gustan”15% y “En casa no cuesta nada o es más barato” con 14%.

En un análisis realizado por Pelcastre y colaboradores en México, se reportó que las prácticas de las comadronas tradicionales son más comunes en los lugares donde carecen de servicios de salud. En los individuos entrevistados se evidenció que sus funciones no están limitadas y entre ellas citaron que se encargan de la nutrición, cuidados prenatales, puerperio y lactancia, así como apoyo emocional y afectivo a las madres y sus familiares, de igual manera se reportaron varios mitos y creencias entre las cuales se nombran eventos cósmicos, comidas específicas, rituales entre otros.

En Guatemala, *Catun Maquin* (2014, pág. 12) en su estudio evidenció que el 76% no identificaron todos los pasos del plan de emergencia familiar en el que se encuentran los pasos fundamentales para llevar correctamente el embarazo, parto, puerperio y el estado neonatal. Asimismo, Herrera Castillo (2014, pág. 24), determinó que las comadronas tenían un 80,6% de conocimiento general acerca de las señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido.

Organización Mundial de la Salud (OMS 2015, pág. 21) afirma que las metas planteadas desde el año 2000, aún está lejos de cumplir la meta fijada y prevalecen las tres principales causas de muerte materna dadas a conocer por; trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias durante el evento obstétrico, sepsis y otras infecciones puerperales.

Calle A, Barrera M, A. Guerrero (2015, pág. 55- 60) como resultados de reporte de diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto, en una revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, a nivel regional Pariguana: un estudio de casos y controles en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, encontrando que la frecuencia de hemorragia posparto fue mayor en partos vaginales (cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Las principales causas de hemorragia posparto fueron retención de restos placentarios, seguido de desgarros de cérvix, desgarros vaginales y de periné. En partos vaginales, se presentó anemia en la mayoría de los casos como consecuencia a la hemorragia.

López Alvarado V. en su artículo; determinaciones del sangrado del parto (2015, pág. 22) realizó un estudio observacional, encontrando que la edad de las mujeres tenía un promedio de 25 años, con antecedentes de 4.6 controles prenatales, 32% fueron

primigestas, 16% presentó RPM, 15% era multípara y 14.7% presentó anemia. La mayor causa de hemorragia posparto fue hipotonía uterina con 37.5%, la medicación mayormente utilizada fue oxitocina con 75%.

Parra Ruiz J. (2015, pág. 12) realizó un estudio en la Universidad de Guayaquil de Ecuador, donde evaluó el proceso de atención de enfermería en mujeres que presentan hemorragias postparto en el Hospital Especializado Materno Infantil Mariana de Jesús, concluyendo que el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería en el manejo de una hemorragia postparto, fue clasificado como la mayoría de los profesionales conoce lo suficiente sobre el manejo de esta patología y un mínimo porcentaje lo desconoce quizás por la falta de actualización de conocimientos. Más de las tres cuartas partes de los encuestados siempre lo aplicaron.

Según la organización mundial para la salud (OMS) (2016, pág. 87) cada día murieron casi 830 mujeres por causas prevenibles asociadas al embarazo y el parto. De estas cifras el 99% correspondía a países subdesarrollados, asimismo este hecho es más frecuente en áreas rurales y comunidades más pobres.

La salud materna y neonatal está estrechamente relacionada, alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en el 2015, y 2,6 millones nacieron muertos. Por lo cual es indispensable que las madres sean atendidas por personal capacitado.

Dauzon García L. (2016, pág. 28) para detectar oportunamente la Hemorragia Post Parto; en una Universidad Veracruzana en México, determinó que los datos que se reflejaron en el conocimiento acerca del parto y puerperio no fueron satisfactorios llamando la atención, que deben de mantener una constante actualización en los temas de interés en el servicio, en este caso en hemorragias obstétrica. El personal de enfermería reflejó en sus respuestas el tener desconocimientos sobre los posibles procesos etiológicos durante el evento obstétrico, ejemplo de ello es que desconoce la nemotecnia 4T (tono, tejido, trauma, trombina). En su totalidad, el personal de enfermería confirma que se deben de realizar los procedimientos para detectar una posible hemorragia postparto, más sin embargo no son realizados al 100%, teniendo una disyuntiva en el saber y el que hacer.

León Lagos, Jairo Santiago (2017, pág. 18) presente investigación tuvo como objetivo valorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería que laboran en los servicios de Ginecología, Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico en pacientes con hemorragia post parto, Hospital San Luis de Otavalo, de una población en estudio de 49

personas; se obtuvo entre las principales conclusiones y resultados se encontraron que: predominó el sexo femenino, edad de entre 23 a 25 años debido a que el 48,98% de los encuestados fueron Internos de Enfermería. El nivel de conocimiento es muy bueno en las Licenciadas en enfermería acerca de Hemorragias Post Parto, la falencia más grave se encontró es que no conocen los tipos de hemorragias post parto, mientras que los internos rotativos las superan. El nivel de cumplimiento de las actividades de enfermería fue de 76,8% por parte de los Licenciados en enfermería y de los internos de enfermería 68,7% evidenciando una falta de actualización sobre el tema por parte del personal debido a que actividades sumamente importantes como la medición de pérdida sanguínea no son cumplidas en su totalidad tomando en cuenta que son actividades vitales para mantener cero muertes maternas.

Estudios Nacionales:

Aráuz, P, Oscar (2011, pág. 51) estudió realizados en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque (HBCR) sobre el manejo de la hemorragia posparto en 126 pacientes (3.7% del total de partos atendidos), con predominio de adolescentes (15-19 años, 42.9%), nulíparas (42,2%) y con 1-3 CPN (50%). La mitad fueron partos vaginales inducidos con misoprostol (52.4%) y recibieron episiotomía (50.8%). El 51% de las hemorragias posparto fue causado por atonía uterina. Las complicaciones de hemorragia posparto por atonía uterina fueron anemia severa (46.8%) y coagulopatía de consumo (19.8%). Se realizó histerectomía al 15.9%. El MATEP y el manejo médico de la hemorragia posparto se cumplió correctamente (97.6%), evaluado con la lista de chequeo para el manejo de la hemorragia posparto.

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

La Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) (Centroamérica, 2012), realizó un estudio de tipo descriptivo, multicéntrico en Guatemala, Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá en el período de marzo 2011 a febrero 2012. Encontró en Nicaragua que la edad materna promedio fue de 25.31 ± 7.3 años, entre los factores de riesgo se encontró antecedentes de hemorragia posparto (2.3%), trabajo de parto prolongado (8.2%), uso de útero-inhibidores (5.9%), recién nacido con peso > 4.0 kg

(4.5%), polihidramnios (0.9%), embarazo múltiple (8.8%), anemia (47.7%), histerectomía (23.8%) y tratamiento con oxitocina de primera elección (100%). Los antecedentes de hemorragia posparto a nivel nacional Nicaragua no es la excepción a la situación mundial y regional de la mortalidad materna por hemorragia posparto. En los últimos 13 años la tasa de mortalidad materna ha fluctuado, presentando una tendencia estable en este período. En el 2005, OPS publicó que la tasa de mortalidad materna fue de 89.6/100,000 nacidos vivos. Encontrándose entre las principales causas de mortalidad materna: hemorragia post parto (48% de los casos), seguida de sepsis puerperal (15 %) y eclampsia (14%). En Nicaragua, el número de mujeres fallecidas por complicaciones del embarazo y el parto ha disminuido notablemente en los últimos cinco años.

Rodas KA, Ruiz MJ (2013, pág. 18) estudiaron en el Hospital Regional San Juan de Dios de Estelí (HRSJD-Estelí) el total de 81 mujeres (0.6% del total de 13,441 partos) atendidas por hemorragia posparto entre 2008-2011 y cesárea en el servicio de Gineco-obstetricia. La mayoría de las pacientes tenían 20-30 años, de procedencia rural, en unión estable y con educación secundaria. Los factores antenatales más importantes fueron la primiparidad, anemia, y distensión uterina; durante el parto: pre-eclampsia y agotamiento materno; en el post parto: atonía uterina, desgarros, retención de placenta y restos placentarios. Más del 90% completaron las variables de la Historia Clínica Prenatal (HCP): antecedentes personales y obstétricos, antecedentes de la gesta actual, el esquema de inmunización, admisión y atención del parto y anticoncepción; Menos del 70% completaron: datos de identificación, examen físico y complementarios, exámenes de laboratorio y enfermedades maternas; y sólo en un tercio de los expedientes clínicos se encontró completo el IMC.

Según el Ministerio de salud. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Hemorragia postparto (2013, pág. 12), el número de defunciones obstétricas totales se ha reducido en un 27%, pasando de 115 en el 2006 a 84 en el 2011. Al desglosarlo, las muertes obstétricas directas se han reducido 32.3% pasando de 93 en el 2006 a 63 en el 2011. Las muertes obstétricas indirectas también experimentaron una leve disminución de 22 a 21 (4.5%). Al contrario, las defunciones no obstétricas aumentaron de 8 a 12 (50%) en igual período. Las regiones del Caribe y del norte del país, mantienen las tasas más altas. La hemorragia posparto representa uno de los principales problemas de salud pública en Nicaragua, ya que ocupa el 20.8% de los casos de mortalidad materna¹. La norma nacional la define como la pérdida sanguínea mayor de 500cc por vía vaginal durante las primeras

Ministerio de salud. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Hemorragia postparto.

Toledo M (2013, pág. 9); evaluó en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ) la aplicación del protocolo de hemorragia posparto del MINSA, concluyendo que las mujeres tiene entre 20-35 años, procedencia rural, ama de casa, unión estable y con escolaridad primaria. Brinda información sobre antecedentes patológicos y obstétricos importantes como malnutrición, anemia, multiparidad y confirma a la atonía/hipotonía uterina como la principal causa asociada, pero la contribución fundamental es la evaluación del deficiente cumplimiento del diagnóstico, clasificación y manejo de la hemorragia posparto: no se realiza la clasificación del grado de shock, 30% no cumple medidas generales y manejo terapéutico según estándares, 26% no aplica el MATEP y cerca de la mitad no cumple criterios de alta, según el registro del expediente.

Ortega S y Dávila S, (2013, pág. 55) estudiaron Hospital Alemán Nicaragüense (HAN), los factores relacionados con los 34 casos (0.25% del total de 13,733 partos) atendidos de hemorragia posparto en el servicio de Gineco-Obstetricia en el bienio 2011-2012. Las embarazadas tiene entre 20-35 años, mestiza (100%), procedencia urbana (100%), ama de casa, unión estable (68%) escolaridad media (56%). La mayoría (91%) no reportó patologías previas, pero tuvo Índice de Masa Corporal (IMC) anormal (80%). La mitad salió embarazada sin planificarlo y la mayoría tuvo más de 4 CPN (79%). Entre los antecedentes obstétricos se reportan: nuliparidad (41%), primigestas (38%), abortos previos (18%), espacio intergenésico inferior a 18 meses (18%) y cesáreas previas (15%).

Las patologías del embarazo, parto y puerperio reportadas fueron Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) e Infección de Vías Respiratorias (IVU) (9% cada una), pre eclampsia, infecciones ovulares e infección puerperal (6% cada uno) y parto pretérmino (3%). En cuanto a las características del parto actual, se presentó parto espontáneo (79%), ruptura prematura de membranas (44%), desgarros (32%), menor de 37 SG (20%), placenta incompleta (16%), embarazo múltiple (6%), presentación pélvica (3%), óbitos (3%). Las principales causas asociadas con la hemorragia posparto fueron hipotonía uterina (53%), desgarros (18%), retención placentaria (6%), acretismo placentario (3%) y otras causas (20%). El 91% presentó anemia secundaria a la hemorragia. En cuanto a calidad de la atención, sólo la mitad tiene exámenes clínicos y de laboratorio completos, se reportó consejería de planificación familiar (100%), uso de analgésicos (97%), uso de antibióticos (94%), extracción completa

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

En Carazo, Largaespada, Mena y Rivera Laínez (2013, pág. 58) Hospital Regional Santiago de Jinotepe (HRSJ), aplicaron el protocolo de hemorragia posparto del MINSA en 25 mujeres (1% del total de partos en el período estudiado) atendidas por esta causa en el servicio de Maternidad del proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes. La mujeres tenían menos de 20 años (64%), procede del área urbana (84%), labora como ama de casa (96%), la mayoría (72%) sin antecedentes clínicos relevantes y es primigesta (60%).

Se confirmaron que la principal causa de hemorragia posparto es la atonía uterina (80%), seguida de inversión uterina (8%), retención placentaria (8%) y desgarros (4%). La evaluación del cumplimiento del protocolo de manejo y criterios de las normas terapéuticas publicadas por el MINSA en el 2006 indica un buen cumplimiento (86%) e identifica brechas de calidad en aspectos específicos, Referente a los Criterios de control y seguimiento posterior al evento obstétrico de las pacientes, no todos los criterios se cumplieron en un 100%. Los criterios estrictamente cumplidos en 100% de casos fueron: signos vitales, vigilancia del sangrado, estado de conciencia, administración de tratamiento y dieta adecuada. Los criterios que no se cumplieron en 100% fueron: control de ingeridos y eliminados (0%), promoción de lactancia materna (42%) y consejería en planificación familiar (96%). Los criterios de alta cumplimiento en 100% fueron: referencia a unidad de salud, ausencia de sangrado, signos vitales en límites normales, herida quirúrgica sin complicaciones. No se cumplió el criterio de hematocrito en nivel normal (46%)

Narváez, Delgado, Edgar, estudio realizados en Managua en los hospitales Hospital Escuela Bertha Calderón Roque (HBCR) y Fernando Vélez Paiz (HFVP). (2014, pág. 20); describió la atención del parto antes y después de elaborar e implementar la Guía de Práctica Clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en 683 partos, la edad promedio fue de 22 años, encontrando en ambos hospitales su mayor frecuencia en adolescentes y

primigestas. En el HBCR el 10.4% presentó Ruptura Prematura de Membranas (RPM) y la principal causa específica de hemorragia posparto fue la hipotonía uterina (11.9%). En HFVP, la principal causa de hemorragia posparto fue la ruptura prematura de membranas con un 20.5%, seguido de atonía uterina con un 16.7%.4. Martínez, Castro; Fernando en Managua, Hospital Fernando Vélez P. (2014, pág. 8) estudió el MATEP en 355 pacientes sin hemorragia posparto y el manejo de 12 casos de hemorragia posparto. La mayoría de las pacientes presentaban factores de riesgo durante el embarazo siendo los más frecuentes: bajo nivel socioeconómico, primigestas adolescentes, multiparidad, Controles Prenatales (CPN) deficientes, infección de las vías urinarias. Las principales causas de hemorragia posparto la constituyeron la hipotonía uterina, desgarros del canal del parto y restos placentarios, siendo los fármacos más utilizados en este tratamiento oxitocina, dextrosa al 5%, Hartman y medidas no farmacológicas en todos los casos de hemorragia posparto (masajes, legrado y reparación de los desgarros). Además, se encontró que en la mayoría de los partos se cumplió con el MATEP, siendo los médicos residentes del III año quienes cumplen mayormente con la técnica. La frecuencia de hemorragia posparto fue menor que la preexistentes en otros estudios de este hospital (3.2%) No se realizó ninguna histerectomía, ni muerte materna por hemorragia posparto en el periodo de estudio.

Según la investigación denominada conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de la hemorragia postparto del personal de enfermería realizado en el Hospital Primario Jorge Navarro en la ciudad de Managua – Nicaragua, Martínez Quiroz (2016, pág. 58) concluye que el personal que labora en este Hospital su mayoría son recursos en formación con poco nivel de competencia, poco tiempo de laborar, y con necesidad de ser capacitado en el manejo de la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, en cuanto al nivel de conocimiento de los participantes entrevistados en su mayoría es regular al encontrar debilidades sobre reconocer la definición, clasificación y el momento en que se puede presentar hemorragia posparto, los criterios de transfusión e intervención quirúrgica. Cuyos resultados se relacionan con el nivel de competencia que tienen, siendo las enfermeras obstetras las que demostraron tener bastante conocimiento sobre el manejo de la hemorragia posparto. La actitud desfavorable para prevenir y manejar la hemorragia posparto está presente en más del 70.0% de la población estudiada y obviamente esto es producto que el personal entrevistado demostraron muchas dudas sobre las aseveraciones que tienen que ver más con el cumplimiento de la terapia al momento de iniciar la hemorragia posparto y al irse complicando.

Narváez Delgado, del Ministerio de Salud en Managua en el Estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense (HAN) (2016, pág. 9) llevo a cabo un estudio sobre la terapia usada en el manejo de 279 puérperas, 44 de ellas con hemorragia posparto (15.7%). Cincuenta mujeres recibieron algún medicamento entre el expulsivo y el alumbramiento, de ellas, 47 recibieron oxitocina y 2 recibieron ergometrina como tratamiento por hipotonía uterina. El 69.1% de las puérperas recibieron algún fármaco tras el alumbramiento, 39.6% ergonovina, (115 mujeres, 110 sola y 5 combinada con oxitocina). Sólo 15 mujeres (5.4%) recibieron oxitocina en esta fase, 10 de ellas como mono fármaco y 5 en combinación con ergometrina.

III. JUSTIFICACIÓN

Se ha calculado que 60% de las muertes maternas se producen posteriores al nacimiento, de ellas 45% se produce en las primeras 24 horas de ocurrido el nacimiento.

El riesgo de la hemorragia es más grave aún si la madre tenía patologías asociadas a su condición de salud materna, como la anemia y la malnutrición, patologías que frecuentemente acompañan a las pacientes pobres y que lleva a la hemorragia posparto a tener una mayor severidad clínica.

Se afirma que dos tercios de las pacientes que presentaron hemorragia posparto no identificaron la presencia de riesgos clínicos, como la multiparidad, la miomatosis o la sobre distensión uterina, especialmente de pacientes con patologías concomitantes, como el embarazo múltiple o el polihidramnios presente durante el embarazo.

La Hemorragia Post Parto (HPP) se define como el sangrado post parto que excede los 1000 ml o un descenso significativo del hematocrito que implica la necesidad de transfusión sanguínea.; siendo está a principal causa de muerte materna en países en vía de desarrollo como Nicaragua, y más sentido en las zonas rurales del norte de país y costa atlántica.

La Organización Mundial de la Salud ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países en desarrollo y en los cuales la hemorragia posparto es una complicación severa que con frecuencia produce la muerte materna, en la mayoría de casos por la deficiencia en los servicios de salud.

Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son una de su principal causa. Se estima que el

8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión.

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes. Esto implica reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con hemorragia posparto (HPP) garantizando la implementación de intervenciones de probada eficacia y el acceso de las pacientes a servicios de atención obstétrica seguros y de alta calidad brindados por profesionales competentes.

IV. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, la muerte de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio está considerado un problema no resuelto, ello a pesar de los avances y metas que se plantearon a partir de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El quinto de estos objetivos, es mejorar la salud materna y como metas a alcanzar entre los años 1990 y 2015 está reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna, lo que significa llevar el valor de este indicador a 66 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2015. A pesar que desde el año 2000 se ha observado una tendencia a la baja de este indicador, una realidad no se logro cumplir esta meta, y sigue lejos de cumplir la meta fijada y prevalecen las tres principales causas de muerte materna dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud (OMS): trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias durante el evento obstétrico, sepsis y otras infecciones puerperales. Por todo esto pretendemos dar respuesta a la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, sobre el manejo de la hemorragia postparto según la normativa 109 en el Hospital Primario La Dalia, Matagalpa, durante el II semestre del 2019”

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer el nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, sobre el manejo de la hemorragia postparto según la normativa 109 en el Hospital Primario La Dalia, Matagalpa, durante el II semestre del 2019

Objetivos específicos

1. Describir las características socio demográficos y tipo de información que has recibido el personal médico y de enfermeras en estudio.
2. Identificar el nivel de conocimiento que poseen los médicos y enfermera sobre HPP según normativa 109.
3. Conocer las actitudes que tienen médicos y enfermeras sobre la HHP
4. Identificar las prácticas que poseen médicos y enfermeras ante el manejo clínico de HPP

VI. MARCO TEORICO

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

Actualmente en América Latina, la hemorragia postparto, constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica con un 27%, seguido de la enfermedad hipertensiva 14% en el embarazo.

Las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las constituyen las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

La mayoría de las muertes causadas por hemorragia de origen obstétrico, ocurren durante las primeras 24 horas después del parto y pueden ser tan graves, que el desenlace fatal puede ocurrir en las primeras horas de iniciado el evento. La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, la respuesta de la paciente a las pérdidas sanguíneas depende del estado físico previo al parto, la velocidad y cantidad de sangre perdida.

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

Guasch E, (2016, pág. 20), afirma que la hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml independiente de la vía de finalización del embarazo, y la divide en menor cuando la pérdida oscila entre los 500 y los 1000 ml, mayor cuando es más de 1000 ml.

También considera un descenso del hematocrito mayor o igual al 10%, del valor basal previo al parto / cesárea con o sin sintomatología.

Esta pérdida sanguínea ocasiona sintomatología en la paciente tales como mareo, y síncope o signos de choque como taquicardia, hipotensión, oliguria, alteración del estado de alerta; independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea durante el parto o la cesárea.

Existen cambios fisiológicos del embarazo que podrían enmascarar el cuadro hemorrágico, mismos que deberán ser considerados por las personas a cargo del parto a fin de no subestimar las pérdidas hemáticas y vigilar adecuadamente a la paciente en su puerperio. Estos son: 1. Volumen sanguíneo incrementa un 40-45%, siendo máximo este incremento entre las 32 a 34 semanas de gestación.

Este incremento de volumen se da a expensas del volumen plasmático (75%) y de la masa eritrocitaria (25%) dando como resultado una anemia dilucional:

- a. Disminución del Hematocrito del 40-42%, en la no gestante hasta el 34% en la gestante.
- b. Disminución de Hb de 13,7-14 g/100 ml en la no gestante, hasta 11-12 g/100 ml en la gestante.

3. El gasto cardíaco aumenta a expensas de un aumento en 10-15 latidos x min de la frecuencia cardíaca y una disminución de las resistencias vasculares periféricas. Por tanto, existen pacientes que presentan pérdidas hemáticas considerables y no muestran datos clínicos evidentes de hipotensión o alteración del sensorio por los mecanismos compensatorios antes descritos, sin embargo podrían presentar manifestaciones de pre choque y no ser detectadas por el equipo de salud a cargo de la paciente. Existen diversas causas de hemorragia postparto, establecer el origen, es el principal pilar en el manejo, ya que éste determinará la maniobra terapéutica a realizar a fin de detener el sangrado.

Se manifiesta de forma clínicos con hipoperfusión tisular con pérdidas entre 500 y 1000 ml se clasificarían también como hemorragia mayor, a su vez, ésta se divide en moderada cuando la pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000ml y severa cuando es más de 2000 ml.

La hemorragia obstétrica según Guasch E, (2016, pág. 24) y Chavan R, (2013, pág. 38)), hacen diferentes según periodos de tiempo:

- Anteparto: hemorragia hasta antes del parto.
- Postparto: Primaria: dentro de las 24 horas posteriores al parto, cuando es mayor de 500 ml en el parto vaginal y más de 1000 ml en la cesárea. Secundaria: cuando se presenta posterior a las 24 horas del parto y hasta las 6 semanas del puerperio.

Cecconi M, (2014, pág. 15) define en la actualidad el choque hipovolémico hemorrágico; como un estado de desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno, secundario a una

pérdida sanguínea. Al inicio se activan mecanismos de compensación que logran evitar que la enferma llegue a un estado de hipoperfusión tisular, si la pérdida sanguínea no es corregida, terminará en estado de metabolismo anaerobio, disfunción multiorgánica y muerte

Schorn M, (2014, pág. 58) refiere que los cambios hemodinámicas y hematológicos durante el embarazo son protectores contra la pérdida de sangre durante el parto. El volumen de sangre materna aumenta un 45%, aproximadamente 1200 a 1600 ml por encima de los valores en no embarazadas, creando un estado hipovolémico. El volumen de plasma aumenta desproporcionadamente en comparación con el aumento de la masa de glóbulos rojos, lo que disminuye la viscosidad de la sangre. La resistencia vascular disminuye, lo que ayuda a la perfusión uterina. En embarazos a término, el útero recibe 700 a 900 ml de flujo sanguíneo por minuto. Los cambios en la concentración y actividad de los factores de coagulación en el embarazo dan como resultado un estado de hipercoagulabilidad que ayuda a las mujeres a alcanzar rápidamente la hemostasia tras la expulsión placentaria. Estas adaptaciones fisiológicas y protectoras, permiten a las mujeres compensar una gran pérdida de sangre. Sin embargo, también pueden contribuir a un retraso en el reconocimiento de la hipovolemia asociada con la pérdida de sangre severa.

De manera generalizada el choque hipovolémico se define como una pérdida mayor o igual al 15% del volumen total de sangre, considerando que aproximadamente una mujer embarazada tiene un volumen sanguíneo de 100 ml/kg de peso, el porcentaje de pérdida se tendrá que adecuar según el peso de cada paciente.

Knight M, (2015, pág. 5) refiere que algunas mujeres embarazadas los cambios fisiológicos hacen que se comiencen a ver manifestaciones clínicas hasta porcentajes de pérdida de entre 20 a 25% y, generalmente las manifestaciones de hipoperfusión tisular, se presentan cuando las pacientes se encuentran con un porcentaje de pérdidas mayor o igual al 30%, aunque podrían manifestarse antes en algunas pacientes. Cuando el porcentaje de pérdida es mayor al 40%, la mayoría de las pacientes críticamente enfermas ya cuentan con datos de severidad que las hacen inmediatamente candidatas a la administración de hemoderivados para evitar la pérdida de la vida. Existen en la actualidad clasificaciones que ayudan para encasillar a las pacientes en diferentes grados de severidad del choque hemorrágico, la clasificación más utilizada fuera del contexto del embarazo es la de ATLS; para fines de manejo médico no podemos utilizarla, ante el hecho de que toma en cuenta pacientes del género masculino y predominantemente de trauma estableciendo, por ejemplo que la pérdida de 15% el volumen

total de sangre debe ser fisiológicamente bien tolerada y que los cambios en los signos vitales y estado mental comenzará a partir de pérdidas mayores al 15%. Existen clasificaciones descritas en artículos específicos de hemorragia obstétrica, sin embargo, la mayoría de ellas no toman en cuenta parámetros modernos que han demostrado ser útiles.

Kock J, (2008, pág. 45) y Schorn M, (2014, pág. 67), consideran que los cambios fisiológicos que se producen en la mujer con embarazo desde el punto de vista hemodinámico, podría ser más apropiado reflejar el volumen de pérdida sanguínea en el momento del nacimiento como una proporción en relación al volumen sanguíneo total de una mujer y que varía de acuerdo a con el hábita corporal, en vez de considerar un volumen sanguíneo total estándar en todas las pacientes.

Tomando estos factores en cuenta, se decidió realizar una adaptación a la clasificación actual de choque hemorrágico que sea más aplicable a la paciente obstétrica.

En el ámbito general, con el objeto de garantizar la adecuada categorización de la atención en las mujeres en estado grávido-púerperal que se atienden en los servicios hospitalarios, se ha implementado un lineamiento técnico de triage obstétrico, código mater y/o equipo de respuesta inmediata como una estrategia para garantizar oportunamente la atención segura por personal calificado, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

Según Denicia J, (2016, pág. 15). El triage obstétrico divide a las pacientes en tres grupos, código rojo (emergencia), código amarillo (urgencia calificada) y código verde (urgencia no calificada).

Código rojo: se debe tocar la alarma y llamar al equipo de respuesta inmediata obstétrica o código mater.

Código amarillo: requiere valoración inmediata por el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Código verde: puede esperar máximo hasta 2 horas.

Causas:

Las posibles causas mundialmente conocidas como las “4T” (Tono, Trauma, Tejido, Trombina), con los factores de riesgo de cada una de ellas.

Tabla #1. Causas: 4T: Tono, Trauma, Tejido, Trombina

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

Fuente: Fescina et al....

Manifestaciones clínicas durante hemorragia de origen obstétrico

Tabla # 2. Manifestaciones clínicas

Manifestaciones iniciales signos y síntomas típicos	Signos y síntomas menos frecuentes.	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia post parto inmediata. Útero blando y no retraído.	Taquicardia. Hipotensión.	Atonía uterina	70%)Causa: Anomalía de la Contractilidad
Hemorragia post parto inmediata.	Placenta íntegra. Útero contraído.	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné.	(20%) Causa: Traumática.
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso.	Inversión uterina visible en la vulva. Hemorragia post parto inmediata.	Inversión uterina	

Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal).	Abdomen doloroso: Shock. Taquicardia. No se expulsa la placenta	Ruptura uterina.	
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo	Útero contraído.	Retención de placenta	(10%)Causa: Retención de productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas.	Hemorragia postparto inmediata. Útero contraído	Retención de restos placentarios.	
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.	

Fuente: Fescina et al....

Pruebas de Laboratorio

- BHC y Recuentos de Plaquetas.
- Tipo y RH. • Tiempo de Sangría.
- Pruebas de coagulación (TP; TPT; fibrinógeno).
- Albúmina.
- Glucemia, Urea, Creatinina, Ácido úrico.

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

CLASIFICACIÓN HHP

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

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

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

Primer nivel de atención:

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

DURANTE POST-PARTO:

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

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

Los Objetivos de la activación del Código Rojo son:

- a. Diagnosticar choque en hemorragia obstétrica.

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

Detectar oportunamente los datos de choque hemorrágico. Desde el punto de vista clínico, cuando el choque se detecta clínicamente, se expresa por: Hipotensión arterial con TA sistólica menor de 90 mmHg, presión arterial media (PAM) menor de 65 mmHg.

Taquicardia, pulso débil. Signos de hipoperfusión tisular: oliguria, deterioro del estado de la conciencia. Signos cutáneos: palidez, sudoración, hipotermia distal, relleno capilar enlentecido.

El índice de Choque (es la integración entre 2 variables fisiológicas: frecuencia cardiaca /presión arterial sistólica) es un parámetro clínico de relevancia en la actualidad. Su utilidad va más allá de la detección temprana de choque, ya que se ha mostrado útil para predecir la mortalidad en las primeras 24 horas. También se asocia a mayor posibilidad de requerir transfusión de hemoderivados cuando su valor es superior a 0.9. Se debe establecer en el expediente clínico de las pacientes este parámetro y utilizarse para la toma de decisiones junto a otros parámetros clínicos de utilidad.

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

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

Objetivo de Terapéutico de la Fluido terapia:

- ✓ Lograr una Presión arterial sistólica entre 80 y 90 mmHg².
- ✓ Mantener una Presión arterial media por arriba de 65 mmHg² cuando se haya controlado la fuente de sangrado.
- ✓ Frecuencia Cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto por minuto, con una
- ✓ Diuresis superior a 0.5 KG/h². Lactato menor de 2. 3. Identificar y tratar los posibles diagnósticos diferenciales.

Según el algoritmo de las 4 T's, se debe de tratar de acuerdo a etiología.

ATONÍA UTERINA: a. Uso de Uterotónicos. • Oxitocina: 40 unidades en 500 cc de

Lactato de Ringer a 125 cc /hora o 42 gotas por minuto³. • Metilergonovina 1 ampolla IM (0.2mg) en el momento, se puede poner otra a los 15 minutos y luego cada 4 horas máximo 1mg. No utilizar en pacientes con estados hipertensivos. • Misoprostol 800mcg sublingual en el momento.

b. Masaje uterino.

TRAUMA (Desgarros del canal del parto, ruptura uterina)

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

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

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

b. Retención placentaria: No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo. • Administrar Oxitocina adicional (10 UI) diluida, IV en 30 segundos en combinación con tracción controlada del cordón umbilical. 12 • Si no se expulsa valoración para descartar engatillamiento o acretismo placentario y realizar traslado al segundo nivel. • En caso de no existir anillo retención realizar extracción manual de placenta si se logra encontrar plano declive.

TROMBINA: hay que determinar la causa de la discrasia sanguínea, administrar fármacos o hemoderivados necesarios para corregir el trastorno de la coagulación asociado.

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

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

- Traje antishock, no quitar hasta que la paciente este fuera de peligro.

- Poner balón de Bakri o taponamiento en establecimiento de salud donde esté disponible. • Realizar maniobras que salvan vida:
- Compresión bimanual. • Compresión aórtica.
- Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución. Según normativa 068.

Segundo Nivel de Atención:

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

Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:

Activación del código rojo en la unidad que recibe el traslado. • Diagnosticar tempranamente y clasificar el choque hipovolémico. • Establezca el índice de Choque. • Si el paciente tiene datos de choque hemorrágico, manejar como tal. • Garantizar la toma y evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio. • Seguir con la infusión de cristaloides.

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

En caso de Atonía Uterina: Continuar con tratamiento médico instaurado en establecimiento primario (Oxitocina, Ergonovina, Misoprostol) y masaje uterino. Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor continuo, de no ceder el sangrado se hará las siguientes intervenciones de manera escalonada: -Mantener o colocar traje antichoque.

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

Tabla No 3. Procedimientos Quirúrgicos en la Hemorragia Post Parto por atonía uterina.

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

Fuente: Fescina et al....

TRAUMA:

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

Ruptura Uterina. Realice laparotomía exploradora. Suturar el útero de ser bien identificable los bordes. Si no son identificables los bordes realicen histerectomía.

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

TEJIDOS

Restos placentarios. Proceder de forma similar a lo expuesto en el primer nivel. Retención placentaria. Administrar Oxitocina adicional como en el primer nivel. • Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta). • Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado la maniobra anterior llevar a la paciente a sala de operaciones. Si se presenta anillo de retención solicitar anestesia para relajación uterina y proceder a la extracción de la placenta. Si se descarta el engatillamiento proceder a la extracción manual de la placenta con personal capacitado. (Anexo N 6). • Si la placenta no se desprende considerar que se trata de un acretismo placentario y proceder de acuerdo al protocolo de acretismo placentario.

TROMBINA: Administrar tratamiento en dependencia de la patología de base.3. Consideraciones en el uso de Hemoderivados Pacientes con sangrados en sitios de venopunción, en capa y alteración de las pruebas de coagulación

VALORAR manejo con hemocomponentes. Según normativa No. 125 Guía de Práctica Clínica Transfusional de la Sangre y sus Componentes.

Los objetivos a alcanzar son:

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

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

isquémicos en el miocardio. Los diferentes estudios revelan que las transfusiones masivas están asociados a un incremento de la mortalidad, injurias pulmonares, incremento de las infecciones y fallas renales, por tanto, deben de considerarse en: Signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia con soluciones cristaloides. Sospecha de coagulopatías o para corrección de los factores de coagulación. Para alcanzar las metas de Hb, plaquetas, tiempos de coagulación y fibrinógeno, descritas previamente.

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

TRANSFUSIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA:

1. Se debe de transfundir rápidamente: Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas, en situaciones que se nos haga difícil la realización temprana del tipo y Rh, así como de la prueba cruzada.
2. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo 4, también sin pruebas cruzadas.
3. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada. 4
4. Se deberá transfundir de plasma fresco congelado (PFC) a dosis de 12 a 15 ml/kg en las siguientes condiciones: Si persiste la hemorragia masiva, después de haber pasado 4 unidades de paquete globular. Si el TP y TPT está más de 1.5 sus valores normales Si los exámenes de coagulación no están disponibles y hay sospecha de coagulopatía en casos de DPPNI, o embolismo de líquido amniótico. Se deberá mantener el fibrinógeno por encima de 150mg/dl. Si fibrinógeno es menor 150 mg/dl, administrar Crio precipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal. Además, realizar pruebas de Coombs.
5. Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir concentrado de plaquetas; a razón de 1 unidad plaquetaria por cada 10 kg de peso corporal.

Antibioticoterapia en Hemorragia Postparto

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

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

En aquellas pacientes cuyo control de hemorragia ha sido laborioso utilice: Ceftriazone 2 gr IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, durante 3 a 5 días o según evolución clínica.

HEMORRAGIA TARDÍA POST-PARTO:

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

COMPLICACIONES

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

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Por las características de esta complicación, (aparición súbita, y aparición en cualquier tipo de pacientes, incluso en aquellas sin factores de riesgo), el manejo principal se realizará en la unidad que establece primer contacto con la paciente, en la cual se estabilizará según metas a la paciente, y posteriormente se referirá al establecimiento de salud de segundo nivel para su vigilancia y evaluación de morbilidades asociadas.

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

Criterios de alta

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

EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:

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

- Consejería y oferta de método de planificación familiar.
- Consejería sobre lactancia materna.
- Dieta adecuada a sus requerimientos.
- Retiro de puntos y continuidad del tratamiento.
- Administre Sulfato Ferroso 120mg al día por lo menos por un período de 1 meses seguir con hemoglobina y ferritina sérica.
- Dieta rica en hierro (vegetales verdes).
- Suplementos de ácido fólico y vitamina B12.

Manejo Activo del Tercer Período del Parto

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

Administración de uterotónicos inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente oxitocina para inducto-conducción. • 10 UI IM de oxitocina en el parto vaginal es la primera elección.

En la cesárea 10 -UI oxitocina IV pasar en 30 segundos.

En el post-operatorio se dejará 10 UI de oxitocina en 1000 cc de SSNN 0.9% pasar en 8 horas. Pinzamiento TARDÍO del cordón. Pinzamiento TARDIO del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (1 a 3 minutos). Pinzamiento temprano del cordón umbilical (<1 minuto después del parto), solo que el neonato presente asfixia y deba ser trasladado de inmediato para reanimación. Tensión controlada del cordón umbilical. Aproveche la contracción uterina con contratracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina). Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

Tabla No. 4. Manejo Activo del Tercer Período del Parto

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

MANIOBRAS PARA EL CONTROL DEL SANGRADO UTERINO QUE SALVAN VIDAS

A - Compresión Bimanual del Útero

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

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

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

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

Reparación de los Desgarros del Cuello Uterino .Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en choque hemorràgico) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).Administre líquidos IV (solución Salina Normal o Lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer. Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino. Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos. Realice el procedimiento bajo anestesia o sedación. Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fon-do 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

Compresión de la aorta abdominal: Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal. El punto a comprimir queda por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda. Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato. Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada. Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada. Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada. Mantenga

la compresión hasta lograr el control del sangrado. Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas. de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarro), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado.

Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada, refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol). • Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre. • Luego: Después de 4 horas, abra las pinzas parcialmente pero no las retire. Después de 4 horas más, retire por completo las pinzas Para reparar un desgarro del cuello uterino que ha penetrado más allá de la bóveda o cúpula vaginal puede ser necesario realizar una laparotomía.

REPARACIÓN DE LOS DESGARROS VAGINALES Y PERINEALES

Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto: • Los desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo.

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

Reparaciones de desgarros vaginales y perineales: Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:

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

Nota: Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles a las de catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alergénicas y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no es lo ideal.

Reparaciones de los desgarros de primero y segundo grado:

La mayoría desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas. • Brinde apoyo emocional y aliento. Use infiltración local con lidocaína. Si fuera necesario, use bloqueo pudendo. Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino. Examine cuidadosamente la vagina, el perineo y cuello uterino.

Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo inspeccione para asegurarse de que no exista ningún desgarro de tercer o cuarto grado. Coloque un dedo enguantado en el ano. Levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter. Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter. • Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles. • Si el esfínter no está lesionado, proceda con la reparación.

Aplique una solución antiséptica al área alrededor del desgarro. Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.

Nota: Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de lidocaína para la reparación, agregue adrenalina a la solución. Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%. Nota: aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína. Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva) del desgarro vaginal. Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal; • En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal; • Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a Repare los músculos perineales utilizando suturas con puntos separados 2-0. Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio. • Repare la piel utilizando puntos separados (o subcuticulares) 2-0, comenzando en la abertura vaginal (Figura A-19). • Si el desgarro fue profundo, realice un examen rectal.

Asegúrese de que no haya suturas en el recto.

Reparaciones de los desgarros de terceros y cuarto grado:

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

Repáre Desgroraciones; • Brinde apoyo emocional y aliento. Use bloqueo pudendo, raquianestesia. Excepcionalmente, si se pueden visualizar todos los bordes del desgarro, la reparación puede hacerse usando infiltración local con lidocaína. Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fon-do uterino. Examine cuidadosamente la vagina, el cuello uterino, el perineo y el recto. Para inspeccionar si el esfínter anal está desgarrado: Coloque un dedo enguantado en el ano y levante ligeramente. Identifique el esfínter, o la ausencia del mismo. Palpe la superficie del recto y busque con cuidado para detectar si hay algún desgarro. Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles. Aplique una solución antiséptica al desgarro y elimine cualquier materia fecal, si la hubiere. Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados. Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.

Aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína. Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar. Coloque el anestésico tempranamente para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto. Repare el recto utilizando suturas separadas 3-0 ó 4-0 con una separación de 0.5 cm. entre ellas para Juntar la mucosa. Recuerde: Suture a través del músculo (no a través de la mucosa). Cubra la capa muscular juntando la capa de la aponeurosis con suturas interrumpidas. Aplique una solución antiséptica al área con frecuencia.

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

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

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO: Si hay un desgarro de cuarto grado, administre una dosis única de antibióticos profilácticos: Ampicilina 500 mg vía oral más Metronidazol 500 mg vía oral. Dieta líquida y blanda. Haga seguimiento estrecho para detectar signos de infección de la herida. Evite la administración de enemas y los exámenes rectales duran-te 2 semanas. Administre un ablandador de heces vía oral durante 1 semana, si fuera posible. Un desgarro perineal siempre está contaminado con materia fecal. • Si el cierre se retrasa más de 12 horas, la infección es inevitable. • En estos casos se indica un cierre primario retardado. • En el caso de desgarros de primero y segundo grado, deje la herida abierta. En el caso de desgarros de tercero y cuarto grado, cierre la mucosa rectal junto con algún tejido de sostén y aproxime la aponeurosis del esfínter anal con 2 ó 3 suturas. Cierre el músculo, la mucosa vaginal y la piel perineal 6 días más tarde previa resección y reactivación de los bordes. Si observa hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida. Si hay signos de infección, abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y desbride la herida: - Si la infección es leve, no se requiere antibióticos. - Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos: Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días. Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.

Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fascitis necrotizante), administre una combinación de antibióticos empíricamente, hasta que el tejido necrótico se haya extraído y la mujer esté sin fiebre por 48 horas: Penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas. Más gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario). Más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre: Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 3-5 días. Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 3-5 días.

La fascitis necrotizante requiere un desbridamiento quirúrgico amplio. Realice una sutura diferida 2-4 semanas más tarde. La incontinencia fecal puede ser el resultado de la sección longitudinal completa del esfínter. Muchas mujeres pueden mantener el control de la defecación mediante el uso de otros músculos perineales. Cuando la incontinencia persiste,

debe realizarse la cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto. La fístula rectovaginal requiere cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.

Extracción Manual de la PLACENTA

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

Contraindicaciones

Acretismo placentario: Falta de capacitación del personal de salud para realizar el procedimiento. Falta de condiciones físicas y de insumos para realizar el procedimiento. Cuando no se ha identificado apropiadamente el acretismo y se procede a realizar la extracción placentaria se produce una hemorragia masiva que puede llevar al choque y a la muerte.

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

- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

Elementos Claves para la extracción manual de placenta retenida

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

Analgesia: Asepsia y antisepsia local. Diazepam 10 mg IV lentamente.

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.

Procedimiento: Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.

Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina

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

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

ATENCION DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

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

Corrección de la Inversión Uterina: La corrección de este problema debe realizarse de inmediato, caso contrario se corre el riesgo de que el anillo de constricción del útero se torne más rígido y el útero aumente de volumen con más sangre. • No administre oxitócicos antes de corregir la inversión. • Si el sangrado continúa, evalúe el estado de la coagulación. Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión. Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV. Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV. Si hay signos de infección administre antibióticos igual que una metritis. (Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas + Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario) + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas). Si se sospecha necrosis, realice histerectomía vaginal. Para ello puede ser necesario referir a la paciente a una unidad de mayor resolución. Lávese las manos. Póngase guantes antes de entrar en contacto con la piel, mucosas, sangre u otros fluidos. Use barreras protectoras si prevé salpicaduras y derrames de cualquier fluido orgánico. Administre analgésico y Diazepam IV lentamente. Si fuera necesario utilice anestesia general. Realice limpieza cuidadosa del útero con solución antiséptica. Aplique compresión al útero invertido con un campo estéril y caliente, hasta que esté preparado para realizar el procedimiento.

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

MANIOBRA DE JOHNSON: Si no se logra la corrección, proceda a la corrección manual bajo anestesia general. Si la corrección hidrostática no da resultado, intente volver el útero a su posición manualmente bajo sedación o anestesia general y/o regional con el propósito de lograr la relajación del útero. Sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal. Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección. Si a pesar de las medidas anteriores no se logra el resultado esperado, puede ser necesaria la corrección Abdomino-vaginal bajo anestesia general: Abra el abdomen, realizando una incisión vertical

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

Realice las siguientes maniobras:

Huntington: tracción exagerada de los ligamentos redondos.

Ocejo: incisión anterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.

Haultain: incisión posterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.

Si la corrección da resultado, cierre el abdomen, asegurándose de que no haya sangrado, cierre la aponeurosis con sutura continua utilizando catgut crómico o ácido poliglicólico (Vicryl).

No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal. Si hay signos de infección, taponee el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas separadas de Catgut crómico o ácido poliglicólico (Vicryl). Cierre la piel posteriormente a que haya pasado la infección. Si no hay signos de infección cierre la piel con suturas de Nylon 3/0 y coloque un apósito estéril. Una vez corregida la inversión, infunda Oxitocina 20 unidades en 500 ml de Solución Salina al 0.9% IV a 10 gotas por minuto. Si se sospecha hemorragia, aumente la velocidad de la infusión a 60 gotas por minuto. Si el útero no se contrae después de la infusión, administre Ergometrina 0.2 mg IV Administre una dosis de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión. Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV. Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV. Garantice la vigilancia postoperatoria si utilizó la corrección combinada abdomino-vaginal. Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas. Gentamicina 5 mg/ k de peso IV cada 24 horas (160 mg IV diario). Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. Administre analgésicos.

Ligadura de Arterias Uterinas y Útero Ováricas Inicie una infusión IV (dos, si la mujer está en shock) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible). Administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer. Si no puede canalizarse una

vena periférica, realice una venodisección. Administre una dosis única de antibióticos profilácticos, ampicilina 2 gr IV; o cefazolina 1 gr IV.

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

Técnica Descripción de la técnica de B-Lynch: Paciente en posición de Lloyd Davies que permite un acceso vaginal y clara visualización del sangrado. En cavidad abdominal se realiza histerotomía segmentaria, o en caso de cesárea reciente se realiza la apertura de la histerorrafia, con la finalidad de evaluar la vacuidad uterina.³ El útero debe ser exteriorizado y debe comprimirse con ambas manos por el ayudante, de cesar el sangrado se presume una buena respuesta a la técnica. El cirujano iniciará el procedimiento (figura 1) con primer punto en la comisura de la histerotomía a 3 cm debajo y emergiendo 3 cm por sobre el borde superior. Luego, el material de sutura es llevado por sobre el útero hacia la cara posterior evitando que se deslice por el borde del ligamento ancho. En cara posterior, a nivel de los ligamentos útero sacros, punto transversal grueso 3 cm, para luego emerger nuevamente en la cara posterior. Hecho esto, nuevamente se lleva el material por sobre el útero en el lado contralateral hacia la cara anterior, donde nuevamente se ingresa a la cavidad a 3 cm por sobre el borde superior de la histerotomía, saliendo a 3 cm debajo de la misma.

Durante todo el procedimiento el ayudante debe mantener el útero comprimido, ya que de esta forma disminuye el riesgo de deslizamiento del material de sutura por el ligamento ancho y evita el trauma uterino. Ambos cabos deben mantenerse tensos y se anudan con doble nudo después de realizar la histerorrafia. La sutura ideal sería un monofilamento reabsorbible, como es el monocryl, con un largo adecuado (idealmente 90 cm) y con aguja suficientemente gran-de y cómoda.

TRAJE ANTI CHOQUE NO NEUMÁTICO

Cuando se han identificado signos de choque hipovolémico; aplique tan rápido como sea posible empezando por los tobillos Aplicar el TAN antes de obtener una vía venosa, va a mejorar el acceso a las venas.

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

CRITERIOS PARA RETIRO DEL TAN:

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

- Termina el retiro una vez que la presión arterial y el pulso están estables. Balones hemostáticos: Balon de Bakri/Balon con sonda fowley explique al paciente el procedimiento. Aplique sonda Foley# 16. Aplique Antibiótico profiláctico. 2 gramos de Cefazolina IV ó 2 gramos de Ampicilina IV Asepsia y antisepsia de área vulvoperineal Introduzca el balón con una pinza de anillo hasta alcanzar el fondo uterino, Inicie el inflado del balón con jeringa o una venoclisis conectada a la válvula del catéter la cual posee la llave que abre y cierre el circuito. introduce volumen 300cc. SSNN 0.9% Max 500 cc. Traccione levemente el catéter para que se adose a las pare-des. Realice un empaqueta-miento con gasa el fondo vaginal evalúe el sangrado conectando un reservorio del otro puerto del catéter para monitorear el san-grado si sigue sangrando llevar a sala de operaciones. Continúe protocolo farmacológico para Hemorragia postparto. Si sangrado cede se deja por 24 h, Para su retiro iniciar sacando liquido de 50 en 50cc y evaluando el sangrado; si se reactiva el sangrado llevar a sala de operaciones. Contraindicaciones
- Hemorragia arterial que requiera exploración quirúrgica.
- Indicación de histerectomía.
- Embarazo.
- Cáncer de cuello uterino.
- Infección activa cérvix, vagina o útero

HISTERECTOMÍA POST-PARTO

Es la extirpación quirúrgica del útero ya sea por vía abdominal como por vía vaginal. La histerectomía postparto puede ser subtotal, a menos que estén afectados el cuello uterino y el segmento uterino inferior. La histerectomía total puede ser necesaria en el caso de un desgarro del segmento inferior que se extienda hasta penetrar en el cuello uterino, o cuando hay sangrado después de una placenta previa.

INDICACIONES

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

COMPLICACIONES:

- Absceso de cúpula.
- Hematoma de cúpula.
- Lesión vesical.
- Infección de herida quirúrgica.
- PROCEDIMIENTO Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en choque hemorrágico) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible). Administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer. Si no puede canalizarse una vena periférica, realice una veno-dissección.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos Ampicilina 2 gr IV ò Cefazolina 1 gr IV. Si hay una hemorragia incontrolable después de un parto vaginal, tenga presente que la rapidez es decisiva.

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

SI EL PARTO FUE POR CESÁREA, PINCE LOS SITIOS SANGRANTE A LO LARGO DE LA INCISION UTERINA: En caso de sangrado masivo, pida a un asistente que aplique presión sobre la aorta con los dedos, en el abdomen inferior. Esto reducirá el sangrado intraperitoneal. Prolongue la incisión de la piel, si fuera necesario.

HISTERECTOMIA SUBTOTAL (SUPRACERVICAL): Levante el útero sacándolo del abdomen y hale con delicadeza para mantener la tracción. Pince en dos lugares y corte los ligamentos redondos con tijeras. Pince y corte los pedículos. Pero ligue después de que haya ocluido las arterias uterinas para ahorrar tiempo.

Desde el borde del ligamento redondo cortado, abra la hoja anterior del ligamento ancho. Realice una incisión hasta el punto en el que el peritoneo vesical se repliega sobre la

superficie uterina inferior en la línea media o el peritoneo incidido en una cesárea. Use dos dedos para empujar la hoja posterior del ligamento ancho hacia adelante, inmediatamente por debajo de la trompa y el ova-rio, cerca del borde uterino. Con unas tijeras, haga un orificio del tamaño de un dedo en el ligamento ancho. Pince en dos lugares y corte la trompa, el ligamento ovárico y el ligamento ancho a través del orificio en el ligamento ancho. Los uréteres están cerca de los vasos uterinos. El uréter debe ser identificado y estar expuesto para evitar lesionarlo durante la cirugía o incluirlo en una sutura. Con unas tijeras, seccione la hoja posterior del ligamento ancho hacia abajo en dirección a los ligamentos úterosacros. Sujete el borde del pliegue vesical con pinzas comunes o una pinza pequeña. Usando los dedos o las tijeras, diseque la vejiga hacia abajo separándola del segmento uterino inferior. Dirija la presión hacia abajo, pero hacia adentro, en dirección al cuello uterino y el segmento uterino inferior. • Localice la arteria y la vena uterinas a cada lado del útero. Palpe para detectar la unión del útero y el cuello uterino. Pince en dos lugares los vasos uterinos en un ángulo de 90°, a cada lado del cuello uterino. Corte y ligue en dos lugares con sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol)

Observe cuidadosamente para detectar si hay más sangrado. Si las arterias uterinas se han ligado. Correctamente, el sangrado debería detenerse y el útero debería verse pálido. • Vuelva a los pedículos pinzados de los ligamentos redondos y tuboováricos, y líquelos con una sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol). Con unas tijeras, ampute el útero por encima del nivel en el que se han ligado las arterias uterinas.

SECCIÓN DE LOS VASOS UTERINOSA

Observe cuidadosamente para detectar si hay más sangrado. Si las arterias uterinas se han ligado. Correctamente, el sangrado debería detenerse y el útero debería verse pálido. Vuelva a los pedículos pinzados de los ligamentos redondos y tubo ováricos, y líquelos con una sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol). Con unas tijeras, ampute el útero por encima del nivel en el que se han ligado las arterias uterinas. Cierre el muñón del cuello uterino utilizando suturas interrumpidas de catgut cromado 1 (o vicryl). Inspeccione con cuidado el muñón del cuello uterino, las hojas del ligamento ancho y cualquier otra estructura del piso pélvico para detectar si hay sangrado. Si persiste un sangrado ligero o se sospecha un trastorno de la coagulación, coloque un drenaje a través de la pared abdominal. No coloque un drenaje a través del muñón del cuello uterino, ya que puede causar una infección postoperatoria. Asegúrese de que no haya sangrado. Extraiga los coágulos utilizando una compresa. En todos los casos, verifique que no haya lesión en la vejiga. Si se identifica lesión

repárela. Cierre la aponeurosis (fascia) con una sutura continua de catgut cromado 1 (o Vicryl 1). Observación: No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal. Si hay signos de infección, tapone el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas sueltas de catgut 0 (o poliglicol). Cierre la piel con una sutura retardada después de que haya pasado la infección. Si no hay signos de infección, cierre la piel con suturas verticales de nylon (o seda) 2/0 y coloque un apósito estéril.

HISTECTOMÍA TOTAL: Para la histerectomía total son necesarios los siguientes pasos adicionales: Empuje la vejiga hacia abajo para liberar los 2 cm superiores de la vagina. Abra la hoja posterior del ligamento ancho. Pince, ligue y corte los ligamentos úterosacros. Pince, ligue y corte los ligamentos cardinales, que contienen las ramas descendentes de los vasos uterinos. Este es el paso crítico de la operación: Sujete el ligamento verticalmente con una pinza de dientes gran-des (por ejemplo, una pinza Kocher); Coloque la pinza a 5 mm al lado del cuello uterino y corte el ligamento cerca del cuello uterino, dejando un muñón medial respecto de la pinza por razones de seguridad. Si el cuello uterino es largo, repita el paso dos o tres veces, según la necesidad. Los 2 cm superiores de la vagina deberían ahora estar libres de anexos. • Recorte la vagina lo más cerca posible del cuello uterino, pinzando los puntos sangrantes a medida que aparezcan. Coloque suturas hemostáticas angulares, que incluyan a los ligamentos redondos, cardinales y úterosacros. Coloque suturas continuas en el manguito vaginal para detener la hemorragia. Cierre el abdomen después de colocar un drenaje en el espacio extra peritoneal, cerca del muñón del cuello uterino. Atención después del procedimiento. Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas. Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. Administre analgésicos. Si no hay signos de infección, retire el drenaje abdominal después de 48 horas si no está drenando. Administre analgésicos

CODIGO ROJO: SHOCK HEMORRAGICO DE ORIGEN OBSTÉTRICO

CIE-10 (R 571)

La hemorragia obstétrica a nivel mundial constituye la principal causa de muerte materna, pudiéndose desarrollar un cuadro de choque hemorrágico entidad que causa una muerte cada 3 minutos en la población global. El choque hemorrágico de origen obstétrico, es una complicación potencialmente exanguinante y mortal, que requiere el accionar coordinado de un equipo multidisciplinario, tomando como base un protocolo diagnóstico y terapéutico

adaptado para cada institución. Al final del embarazo por condiciones fisiológicas propias de este periodo, existe un incremento de la volemia del orden del 30-50%, llegando al 8.5 a 9% del peso corporal. Esta situación permite que la gestante tolere pérdidas sanguíneas de hasta el 15% de su volumen circulante antes de manifestar taquicardia o hipotensión arterial. Cuando estos síntomas se presentan, el sangrado resulta cercano a 1000 ml. y por lo tanto estamos en presencia de una hemorragia obstétrica grave. Los cambios que se producen en las pacientes obstétricas durante la cirugía y la anestesia pueden llegar a deteriorar los mecanismos compensatorios neuroendocrinos y cardiovasculares ante pérdidas importantes de sangre, más aún cuando la paciente tiene comorbilidades que comprometen estos mecanismos. En el presente capítulo, se resumen las pautas terapéuticas que deberán aplicarse a toda paciente que presente un choque hemorrágico de origen obstétrico en sus diferentes grados. Estas recomendaciones se adaptan para su aplicación en todos los establecimientos de salud tanto del sistema público como privado del país, a fin de lograr una detección, clasificación y atención estandarizada del choque hemorrágico basada en la mejor evidencia disponible en la actualidad.

Choque hemorrágico: Es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen circulante, con incapacidad cardiorrespiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las necesidades tisulares, causando daño en diversos parénquimas por incapacidad para mantener la función celular. Hemorragia crítica o masiva. Pérdida del volumen sanguíneo total en un período de 24 horas. Pérdida hemática a un ritmo de 150 cc/ minuto. Pérdida del 50% del volumen de sangre en 3 horas. Pérdida continua de sangre de 1.5 ml / kg / min. Rápida pérdida de sangre que conduce a insuficiencia circulatoria.

CLASIFICACIÓN

El choque hemorrágico se clasifica de acuerdo a parámetros clínicos cuyo deterioro es progresivo y permite clasificar la severidad del mismo. Los parámetros a tomar en cuenta son: diuresis, sensorio, perfusión, pulso y presión arterial.

Tabla No5. Choque hemorrágico. Clasificación

	Choque compensado Clase I	Choque leve. Clase II	Choque modera-do. Clase III	Choque severo Clase IV
Pérdida sanguínea (ml)	Mayor de 750	1500 - 2000	1500 Mayor de 2000	Mayor de 2000

Pérdida sanguínea (% de volumen)	Mayor del 15%	15% - 30%	30% - 40%	Mayor 40%
Frecuencia cardíaca	Menor de 100	100 - 120	Mayor de 140	Mayor 140
Presión arterial (mmHg)	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14 -20	20 - 30	30 - 40	Mayor de 35
Diuresis (ml/hr)	Mayor de 30	20 - 30	5-15	Nagativo
Estado mental	Ligeramente ansioso	Modera damente ansioso	Inquieto, irritable	Confuso, letárgico
Reposición de líquidos	Cristaloide	Cristaloide	Cristaloide + Hemoderivados	Cristaloide + Hemoderivados

Fuente:

DIAGNÓSTICO

Manifestaciones Clínicas

Tabla No 6. Cuadro clínico según la intensidad de la pérdida sanguínea

Clínica	Choque temprano	Choque Tardío	Choque Irreversible
Estado de Conciencia	Alerta y ansiosa	Desorientada	Obnubilada, coma
Piel	Normal	Fría, pálida, cianosis	Cianótica, fría
Taquipnea	20 a 30 por minuto	30 a 40 por minuto	Mayor de 40 por min
Presión sistólica	Normal, < 80 mmHg	Menor de 60 mmHg	Ausente
Presión diastólica	Hipotensión ortostática	Hipotensión supina	No medible
Frecuencia cardíaca	>100 latidos por min	>120 latidos x min	> o igual a 140 latidos x min
Llenado capilar	1 a 2 segundos	2 a 3 segs	> 3 segs
Diuresis	20 a 30 cc/hr	< de 20 cc/hr	Ausente
Pérdida de sangre	5 a 30% (750 a 1500 cc)	30 a 40% (1500 a 2000 cc)	>40% (>2000cc)

Acidosis metabólica	No	Si	Si
---------------------	----	----	----

Auxiliares diagnósticos

BHC y Recuentos de Plaquetas. Tipo y RH. • Tiempo de Sangría. Pruebas de coagulación (TP; TPT; fibrinógeno). Albumina. Glicemia. Urea. Creatinina, Ácido úrico. Pruebas hepáticas: transaminasas pirúvicas, oxalacética, bilirrubina total y fraccionadas Gasometría (Lactato en sangre, Exceso de base, bicarbonato). Calcio, Sodio, Potasio y Cloro. Ultrasonido pélvico y abdominal

Diagnóstico diferencial

- Choque Neurogénico.
- Choque Distributivo. • Choque Cardiogénico.
- Choque Obstructivo.

Objetivos del tratamiento:

- ✓ Mantener Presión sistólica mayor 90 mmHg ✓ Presión arterial media (55-65 mmHg).
- ✓ Mantener volumen urinario mayor a 0,5 ml / Kg /hr.
- ✓ Piel tibia con temperatura corporal mayor 37C.
- ✓ Mantener el estado de consciencia.
- ✓ Controlar la hemorragia del órgano afectado.
- ✓ Corregir las coagulopatías

Tratamiento:

Los tres pilares fundamentales del tratamiento de la hemorragia masiva son: A.

Tratar la causa desencadenante.

- B. Reposición de la volemia con cristaloides, tomando en cuenta la HIPOTENSIÓN PERMISIVA aceptable y recomendada según el contexto de la paciente.
- C. La optimización de la oxigenación tisular con la transfusión de hemoderivados y hemocomponentes, corrección de la coagulopatía y tratar la acidosis.
- D. Evitar la hipotermia

Primer y Segundo nivel de atención:

Tabla No 3. Manejo del choque hipovolémico hemorrágico: Código rojo

Memorizar	Criterio	Tiempo de acción
A	Asistencia-Apoyo	Inmediatamente
B	Buen Acceso. Buen volumen	20 minutos
C	Corregir Coagulación Intravascular Diseminada Considerar administrar: ACIDO TRANEXÁMICO	60 minutos Aplica hasta las 3 horas desde el diagnostico de choque Hemorrágico de origen obstétrico
D	Determinar estados clínicos del shock	Permanente
E	Eliminar causa	Primeros minutos, de acuerdo a la causa

Al Activar el Código Rojo: Pedir ayuda el tratamiento debe ser basado en los principios de manejo óptimo del tiempo, reposición adecuada del volumen sanguíneo, el trabajo en equipo y el uso de las diferentes maniobras para la disminución de la hemorragia.

Garantizar el sitio de atención, exposición de la paciente, la vía aérea.

Conductas de entrada: minuto cero Administre oxígeno por mascarilla de reservorio hasta 10 litros por minuto, catéter nasal 3 litros por minuto (saturación de O₂ > 90%). Canalizar con dos bránulas Número 14 o 16 brazo izquierdo Tome muestras para exámenes. 3. Resucitación hídrica Tener en cuenta que la resucitación hídrica de manera excesiva produce: Hemodilución por lo tanto disminuye los factores de la coagulación. Dilución hidráulica del tapón hemostático. Hipotermia. Por lo tanto, se debe de iniciar la estrategia de reemplazo restrictivo⁴ de volumen, pasar solución Hartman o de SSN 9% dosis de carga de 20-30 cc/kg de peso, la cual deberá administrarse en bolos de 500 ml y tomar signos vitales cada 15 minutos hasta conseguir metas: Colocación de un catéter venoso central, sin embargo, esto no debe retrasar la reanimación hídrica. Radiografía PA de tórax para valorar la adecuada colocación del catéter venoso central. Si se logra la estabilización del choque, mantener la ad-ministración de solución cristaloides de 150 a 300 cc/hora. Si por el contrario no se puede lograr las metas de PA: Usar inotrópicos con efecto vasoconstrictor: Norepinefrina 0.05 a 1 mcg por kg/min dosis máxima 2,0 µg/kg/min cada ampollita contiene 4 mg de norepinefrina en 4 mL. Cada mililitro contiene 2 mg de norepinefrina, diluir 8 mg en 100cc de SSNN 0.9 %8. • La dopamina se recomienda en casos de no contar con norepinefrina, sin embargo se deberá vigilar por arritmia. Dosis: 5 a 20 mcg/kg/minuto. Incrementar dosis respuesta. Diluir 400 mg de dopa-mina en 250 cc de DW 5%.

La dobutamina tiene un mejor efecto sobre la distribución de la microcirculación y el consumo de oxígeno, cuando encontramos al paciente con disfunción miocárdica Y Solamente se debe de administrar ante la sospecha de la misma.

Dosis: 8 a 20 mcg/kg/minuto. Incrementar dosis respuesta.

Corrección de la alteración del transporte de oxígeno Haga uso de biomarcadores para valorar de oxigenación tisular (lactato serico, déficit de base) Lactato sérico mayor de 2 mmol/lt Déficit de base en 3 categorías9: Leve (-3 to -5 mEq/l) Moderado (-6 to -9 mEq/l) Severa (<-10 mEq/l).

Administre hemocomponentes y hemoderivados. Los diferentes estudios revelan que las transfusiones masivas están asociadas a un incremento de la mortalidad, injurias pulmonares, incremento de las infecciones y fallas renales, por tanto, no se deben de tomar a la ligera y se considera en los siguientes escenarios: Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia con soluciones cristaloides. • Sospecha de coagulopatías o para corrección de los factores de coagulación.

Para alcanzar las siguientes metas:

1. Hematocrito mayor o igual a 21%
2. Hemoglobina mayor de 7 gr/dL.
3. Recuento de plaquetas mayor de 50,000 UI.
4. TP y TPT menor a 1.5 tiempo control.
5. Lactato menor de 2 mmmo/L
6. Fibrinógeno mayor de 150 mg/dl a 200 mg/dL

Paquete globular • Si el shock es clase III, transfundir concentrados globulares con su tipo y Rh. En caso de ser tipo y Rh poco frecuente, utilizar O negativo. Si no se cuenta con O negativo, transfundir con O positivo. Luego transfundir de acuerdo a su tipo y Rh. Transfunda paquete globular: para mantener la Hb entre 7-9 gr/dl En pacientes con limitaciones para poner en marcha mecanismos de adaptación a la anemia (ej: cardiopatías) transfundir paquete globular para mantener una Hb 10 g/dL. Pasadas las 6 horas evaluar (Hb/Hto) en el paciente. Después de 1 hora, de persistir sangrado o hipoperfusión tisular se debe de evaluar y considerar que tiene una CID y se debe hacer corrección de los factores de coagulación.

Plasma Fresco congelado: Cuando hay una pérdida rápida (superior a 100 ml/min) de la volemia y se reemplazo por cristaloides, coloides. Cuando no hay suficiente tiempo para obtener los resultados de las pruebas de laboratorio. Cuando se activa el protocolo de terapia

de transfusión masiva. En situaciones de riesgo significativo de alteración de la hemostasia (choque hemorrágico, hipotermia, acidosis, existencia previa de coagulopatía o insuficiencia hepática). Pruebas funcionales de coagulación basal: Formación del coágulo (tiempo más de 10 minutos nos asegura fibrinógeno menor de 100 mg) Prueba de TP y TPTa mayor de 1.5 veces su valor normal. Nivel de fibrinógeno (se debe mantener en un nivel superior a 150mg/dl) La unidad convencional tiene 150 ml a 200 ml Contiene factor V, VII y 2 a 4 mg de Fibrinógeno. La dosis es de pacientes adultos: 10 – 30 mL / Kg de peso.5.3 Plaquetas. Una unidad tiene 50 ml a 70 ml La dosis es 1 Ud por cada 10 /Kg de peso del paciente.

Aumenta el recuento plquetario en 50.000/ μ L. 5.4 Crioprecipitado¹⁰: Luego de la administración de PFC (si la hipofibrinogenemia es persistente) administrar crioprecipitado. Cada unidad tiene 15 mL a 20 mL. Contiene Factor VIII: \geq 80 UI; Fibrinógeno: $>$ 150 mg; Fibronectina y Factor XIII.

La dosis es 1 Ud / 10 Kg de peso del paciente. La decisión de activar protocolos de transfusión masiva, debe ser consensuada con el equipo multidisciplinario, ya que muchas de las re-acciones adversas que conlleva este tipo de manejo. Por otro lado, es válido mencionar que en los casos en los que SI existe indicación clara para su aplicación, reducen la mortalidad y la cantidad de componentes sanguíneos a transfundir. Se cree que esto se deba a la administración en proporciones elevadas de plasma y plaquetas en relación a los concentrados de hematíes tratando de prevenir la coagulopatía. Definiciones en transfusión masiva

Transfusión masiva tradicional \geq 10 paquetes globulares en 24 hrs.

Transfusión masiva moderna \geq 10 paquetes globulares en 6 hrs.

Sangrado sustancial \geq 1 paquete globular en 2 hrs y \geq 5 paquetes globulares o muerte en 4 hrs.

Umbral de administración crítica La administración de \geq 3 de paquetes globulares durante 1 hora, dentro de las primeras 24 horas del evento clínico.

La utilidad de tomar en cuenta estas definiciones, es que al presentarse cualquiera de estas situaciones clínicas, el equipo médico iniciará la administración de los diferentes hemoderivados y no sólo paquetes globulares, esto, con el objetivo de corregir la pérdida de los otros elementos sanguíneos durante la hemorragia que puedan desencadenar coagulopatías u otro trastorno hematológico severo con impacto negativo en la evolución de la paciente.

5 Considerar la administración de ácido tranexámico (**ATX**), según disponibilidad. En 2017, la Organización Mundial de la Salud, estableció recomendaciones actualizadas en cuanto a la utilización global del Ácido Tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto. Este fármaco, es un inhibidor competitivo de la activación del plasminógeno y reduce el sangrado al inhibir la degradación del fibrinógeno y los coágulos de fibrina. Según lo establecido en esta actualización de la OMS, el ATX debe formar parte del paquete integral estándar de tratamiento de la hemorragia posparto, que incluye intervenciones médicas (uterotónicos), no quirúrgicos y quirúrgico, adaptadas a las condiciones de salud de la localidad. Se recomienda la utilización de este fármaco con actividad antifibrinolítica, para el tratamiento de la hemorragia posparto si la oxitocina y otros uterotónicos no logran detener el sangrado o si se considera que puede deberse parcialmente a un traumatismo. Se recomienda utilizar ATX en todos los casos de HPP independiente-mente de si el sangrado se debe a un traumatismo del aparato genital o a otras causas.

Consideraciones de su uso: ATX debe administrarse a una dosis de 1 gr en 10 ml (100 mg/ml) por vía IV, a razón de 1 ml por minuto (es decir, durante 10 minutos), con una segunda dosis de 1 g por vía IV si el sangrado continúa después de 30 minutos o si se repite antes de que hayan transcurrido 24 horas de haber completado la primera dosis. Debe administrarse lentamente como inyección IV durante 10 minutos, ya que la inyección en bolo conlleva un riesgo posible de disminución temporal de la presión arterial. La demora en el tratamiento con ATX parece reducir el beneficio. Aparentemente el beneficio disminuye un 10% cada 15 minutos de retraso, y NO SE OBSERVAN BENEFICIOS DESPUES DE LAS 3 HRS.

Control de la hemorragia Indicado en pacientes en quienes después de haber realizado todas las medidas expuestas en el capítulo de hemorragia post parto hasta llegar a la histerectomía, la paciente sigue sangrando. 6.1 Cirugía de control de daños Consiste en detener la exanguinación mediante un método de aplicación transitoria, antes que la situación se torne irreversible, corregir los factores involucrados en el proceso, para retomar el control hemostático definitivo de manera diferida, en mejores condiciones clínicas.

García, Nuñez (2005, pág. 123): Comprende tres etapas

La etapa 1 control de la hemorragia por medio de técnicas de empaquetamiento seguido del cierre temporal de la pared abdominal.

La etapa 2 restauraciones de la temperatura, coagulación, estado ácido-base y estabilización de la función cardiorespiratoria.

La etapa 3 retiro del empaquetamiento, tratamiento quirúrgico definitivo y cierre de la pared abdominal. El empaquetamiento se debe realizar después de la realización de histerectomía obstétrica en: Pacientes en las que persiste la fuga sanguínea no controlada. Fuga continua por sitios de venopunción o superficies cortantes. Hipotensión sistólica. Datos de una coagulopatía de consumo.

Técnica de empaquetamiento: Incisión amplia xifo-púbica mediana. Drenaje de hemoperitoneo libre en cavidad. Lavado de cavidad solución salina tibia. Valorar cubrir las asas intestinales para evitar las adherencias de estas con las compresas al momento de desempaquetar. Compresas dobladas aplicando compresión manual sobre superficies sangrantes que hagan hemostasia. Numero de compresas: mayor o igual a 7. Dejar drenos activos (Hemo Back) en fondo de saco y correderas parietocolicas. Sistema vacum pack. Desempaquetamiento: Realizarlo a las 48 a 60 horas una vez corregida la coagulopatía (tomar la decisión en equipo). Si reaparece el sangrado debe reempaquetar.

Evitar la hipotermia Se recomienda recalentar el torso antes de las extremidades para prevenir la hipotensión progresiva como resultado de la vasodilatación. • Se puede llevar a cabo de las siguientes maneras: Calentamiento pasivo externo: logrado con mantas tibias o aumentando la temperatura ambiente. Recalentamiento externo activo: mediante el uso de dispositivos de calentamiento de aire forzado y otros calentadores. • Fluidos administrados deben calentarse

Durante la primera hora de la reanimación debe conseguirse una presión de perfusión adecuada y durante las primeras seis horas debe obtenerse una tendencia a la disminución de la acidosis metabólica, con reducción a la mitad en las primeras 12 horas y corrección completa antes de 24 horas. La persistencia de la acidosis metabólica traduce a sangrado oculto e hipoperfusión.

De no lograr lo antes expuesto, la mortalidad aumenta de forma exponencial.

Una vez estable el paciente, continuar con vigilancia y soporte estricto: PA y signos de choque cada 15 minutos. Vigilar contracción uterina cada 15 minutos, en caso de no realizar histerectomía. Vigilar sangrado vaginal cada 15 minutos y durante 4 horas. Vigilar la producción de los drenos. Continuar líquidos intravenosos de cristaloides a razón de 100 a 150 cc/hora. Vigilar la aparición de datos de sepsis.

Complicaciones:

✚ Coagulación intravascular diseminada (CID)

✚ Lesión de órgano vecino

- + Falla renal
- + Falla Hepática
- + Falla cardíaca
- + Síndrome de distress respiratorio del adulto
- + Hipopituitarismo
- + Reacciones transfusionales
- + Morbilidad asociada a la histerectomía.
- + Infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
- + Morbilidad en el manejo de la vía aérea.
- + Muerte materna
- +

Roles según nivel de atención

Criterios de traslado: Toda paciente que presente datos de choque de origen hemorrágico, deberá estabilizarse en establecimiento de salud de primer contacto, una vez logradas las metas, deberá referirse a establecimiento de mayor nivel de resolución para completar el abordaje en caso de ser necesario y brindar la vigilancia de la morbilidad asociada. La referencia se hará en concordancia con lo establecido en la normativa 068, Normativa para la referencia y contra referencia de pacientes.

Criterios de alta:

Ausencia de sangrado. Signos vitales en rangos de normalidad. Parámetros hematológicos en niveles hemostáticos. Sin datos de infección agregada. Sin datos de organicidad. Herida quirúrgica sin complicaciones. Paciente con método de planificación familiar de acuerdo a recomendaciones OMS. Adecuado estado psicológico y emocional. Paciente se vale por sí misma.

Educación, promoción y prevención: Seguimiento puerperal será en unidad de II nivel de resolución. Consejería en cuanto a lactancia materna. Dieta adecuada a sus requerimientos. Retiro de puntos y continuidad del tratamiento.

Normas de asepsia y antisepsia en el hogar. Signos de peligro. Dieta adecuada a sus requerimientos. Retiro de puntos y continuidad del tratamiento. Normas de asepsia y antisepsia en el hogar. Signos de peligro.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal, técnicas CAP

Área de estudio: Hospital Primario de La Dalia, ubicado en el departamento de Matagalpa.

Universo: 80 personal de salud entre médicos y enfermeras ubicados Hospital Primario de La Dalia, y en los diferentes áreas de salud que asisten a realizar turnos médicos al hospital.

Muestra: La muestra corresponde al universo.

Tipo de muestro: es por conveniencia de los autores.

Criterios de Inclusión

- Médicos y enfermeras que laboran de forma activo
 - Que sean trabajadores activos del MINSA
 - Consentimiento informado
- Criterios de Exclusión**
- Médicos y enfermeras que no laboran de forma activo
 - Que no realizan turnos médicos en el hospital primario
 - Que rehúsa participar en el estudio

Técnica y recolección de los datos:

Para obtener la información se consideraron los objetivos de la presente investigación y se realizaron las siguientes actividades:

- Validación del instrumento con preguntas cerradas.
- Realización de prueba piloto, del 10% del total del universo este también fueron incluido en la muestra.
- Elaboración de un consentimiento informado para trabajadores de la salud laboralmente activos.
- Solicitud por escrito a las autoridades competentes del hospital primario para la recolección de la información.
- Recolección de los datos del personal de salud en estudio.

Procedimientos y análisis de la información:

La información cuantitativa se procesó electrónicamente utilizando el programa SPSS 21 y Excel, el análisis se realizó por frecuencias y porcentajes. El informe se grabó en el programa de Microsoft Word y los cuadros y gráficos para mejor comprensión para su análisis.

Para valorar el nivel de conocimiento del personal de salud se aplicaron 75 ítems sumatorios, asignando a cada respuesta una determinada puntuación (valor de 1), se utilizó dos categorías en dependencia de preguntas contestadas correctamente (Buena, Malo).

Bueno.....65 a 75 respuestas correctas

Malo..... Menos de 65 respuestas correctas

Estas fueron clasificadas de la manera siguiente

Generalidades HPP 3 preguntas

Definición 6 preguntas

Etiología / Causas 5 preguntas

Factores de riesgos 5 preguntas

Diagnostico 11 preguntas

Calificación 6 preguntas

Tratamiento 38 preguntas

La valoración de las actitudes se midió por medio de una escala, asignando una puntuación a cada respuesta correcta. Posteriormente se organizaron respuestas y según la sumatoria en:

Actitud Favorable..... 15 a 19 respuestas correctas

Actitud Desfavorables.....Menor o igual a 15 respuestas correctas

La Práctica se valoró con preguntas relacionadas al cumplimiento de normativa del manejo clínico de HPP y su organización a su atención.

Adecuadas.....25 -31 respuestas correctas

No adecuadas..... Menor o igual a 25 respuestas correctas **Variables**

- Características demográficamente
- Tipo de información recibida
- Conocimiento
- Actitudes
- Prácticas

Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo en años que tiene el trabajador de la salud al momento de la entrevista	Años	20- 29 años 30- 49 años Mayor de 50 años
Sexo	Son las condiciones físicas y caracteres sexuales secundarios	Sexo genotípico	Masculino Femenino
Perfil profesional	Nivel de preparación académica con competencia de acuerdo a su nivel de conocimiento al momento de la entrevista	Competencia académica	Especialista M. General Servicio social M. Interno Enfermero

Años de laborar en la unidad de salud	Tiempo transcurridos desde su ingreso laboral a la unidad hasta el momento de la entrevista	Años	> 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años < 10 años
Información recibidas	Datos recibidas con el objetivo de mejorar las competencias en la atención a HPP	Normas Tipo Lugar Medio	Si No
Conocimiento	Es el conjunto principios clínicos que se adquieren a lo largo del desempeño laboral como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, y que se caracteriza por ser un proceso activo	Definición Clasificación Factores riesgo de Factores de riesgo Diagnóstico Tratamiento	Bueno: 65 a 75 respuestas correctas Mala: > o = 65 respuestas correctas
Actitudes	Subjetivo a positiva o negativa, de las personas, ante las personas la atención de la embarazada ante una complicación obstétrica como HPP	Acciones a efectuar ante una HPP	Favorable: 1519 respuestas correctas Desfavorables; Menor o igual 15 respuestas correctas
Prácticas	Son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de desempeño laboral, adquiridos en experiencia, poniendo en práctica cierto tipo los conocimientos previos	Organización clínica	Adecuadas: 25 - 31 respuestas correctas No adecuadas: Menor o igual 25 respuestas correctas

VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio en el departamento de Matagalpa, en la Dalia en el hospital primario que lleva el mismo nombre "LA DALIA", donde se evaluó el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que tiene el personal de salud ante la atención médicos y equipo de enfermería que brinda atención directa a las mujeres que asisten a la atención de su parto y que desencadenan una complicación como es la HPP, obteniendo los siguientes resultados.

El grupo de edad que predominó en el personal de salud fue el de 20-29 años con 86% (62), sexo fue el femenino con 73% (52), el perfil según competencia fue enfermería 58% (41); y médicos en servicio social 26% (19), médico general 11% (8) y ginecoobstetra 4%(5), en relación a los años de laborar para el MINSA predominó menor de 1 año 58% (41) y 1-5 años 37% (27).

En cuanto a las capacitaciones e información recibidas por el personal de salud en estudio; el 91% y 99%(65-71) afirman haber recibidos capacitaciones sobre la normativa 109, manejo de HPP y código rojo en Obstetricia, No obstante, en clasificación clínica de HPP, y marco legal respondieron en un 23%-55% (16-39), respondieron un desconocer estos ítems. Cuando se le preguntó sobre donde habían recibido la información y capacitaciones 96%(69) recibieron a través de la docencia continua, el resto a través de simposio, congreso y lectura propias.

Para evaluar el nivel conocimiento del personal de salud, se dividió en 12 ítems respondieron de forma correctas; en definición de HPP, etiología, tratamiento, criterios de alta y código rojo obstétrico 93% al 98%, (67-71) %, con un porcentaje entre 70 a 83% en factores de riesgo, diagnóstico clínico-laboratorio, clasificación, y tratamiento en atención primaria. Concluyendo que existe un Buen Nivel de Conocimiento en HPP con un 86% (62)

Al referirnos de las actitudes del personal de salud ante el manejo o sospecha de HPP, se formularon 19 ítems enfocado a competencia del personal obteniendo que el 91% (66) respondieron de acuerdo a la forma de proceder según normativa 109 en el capítulo de HPP por lo que se considera que tiene una Actitud Favorables ante esta complicación, y solo un 9% (6) con una Actitud Desfavorable ante la atención de una embarazada con diagnosticada HPP. Al evaluar las prácticas tanto de médicos como de enfermería ante el manejo de HPP según normativas del MINSA, se elaboran 31 ítems de acuerdo a lo establecido a la normativa 109, obteniendo que un 84%(61) realizan prácticas adecuadas, y un 16% (11) no adecuadas.

IX. ANALISIS Y DISCUSIÓN

El grupo de edad que predominó en el personal de salud fue el de 20-29 años, sexo femenino, perfil según competencia fue enfermería, médicos en servicio social, médico general y ginecoobstetra, en relación a los años de laborar para el MINSA predominó menor de 1 año. Estos resultados coinciden con León Lagos, Jairo Santiago, donde concluyen que personal de enfermería son el personal más frecuente en las unidades de salud, que a la vez constituyen el sexo femenino por las competencias que desarrollan, con una edad promedio de 23 a 25 años por Internos de Enfermería.

Toledo M; al evaluó en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ) la aplicación del protocolo de hemorragia posparto del MINSA, concluyendo que las enfermeras son la frecuentes con edades entre 20-35 años, sobre todo personal. No se encontró estudio donde evalúan al personal de salud, sino a las mujeres que sufran complicaciones obstétricas. En cuanto a las capacitaciones e información recibidas por el personal de salud en estudio; a pesar de existir un porcentaje alto que afirman haber recibidos capacitaciones sobre la normativa 109, manejo de HPP y código rojo en Obstetricia, también existe un alto porcentaje que refieren que no han recibidos capacitaciones con el marco legal, factores de riesgos, donde se debe de fortalecer esta brecha.

Ese sabe que el conocimiento teórico representa un papel fundamental en la práctica del personal de enfermería por lo que las capacitaciones continua y permanente y revisión de literatura científica actualizadas del tema amplia el áreas del conocimiento y así lograr tener unas adecuadas práctica, en obstetricia es importante mejorar la calidad de vida del embarazo y evitar complicaciones, por lo que es necesario reconocer los factores de riesgo en la preconcepción, con el objeto de permitirá reconocer en forma oportuna las complicaciones y realizar un abordaje inmediato y adecuado, de tal forma que evitara el agravamiento y la muerte de la mujer. Una limitación del estudio que se encontró investigaciones donde se evalúan a través de entrevista al personal mas involucrados a HPP como son los médicos y equipo de enfermería.

En relación del grado de conocimientos del personal de salud, se obtuvo buen nivel de conocimientos cimiento de las adecuadas prácticas; de acuerdo a Hernández y colaboradores, en el Salvador el manejo de la hemorragia posparto, encontró que solo en un 62.5% había

cumplido el manejo activo del tercer periodo del parto. Además, evidenció el correcto manejo médico de atonía uterina en la totalidad de los casos; encontrando que el mayor porcentaje de eventos de hemorragia posparto fue en multíparas con el 72%, siendo la causa principal la atonía uterina con un 85%.

En Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia afirma que el mejor nivel de conocimientos global en las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto, postparto y trastornos hipertensivos del embarazo fueron en internos de enfermería del Instituto Nacional Materno Perinatal con un promedio de 80%.

León W, Villamarin S, Velasco S, Gonzales F, Henríquez R, Aguinaga G. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la HPP Post Parto, en su reporte investigativo sobre prevención el mejor conocimiento con respecto al el manejo activo del alumbramiento fue las enfermeras y las matronas, utilizando de forma correcta el manejo activo del tercer periodo del parto, la evidencia científica demuestra que con el alumbramiento dirigido se obtienen mejores resultados de salud que previniendo las complicaciones, como la HPP, que es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

Herrera Castillo en su resultado de su investigación determinó que las comadronas tenían un 80,6% de conocimiento general acerca de las señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, lo que evitaba tener complicaciones de HPP en la atención del parto.

Parra Ruiz J, en su estudio en la Universidad de Guayaquil de Ecuador al evaluar el proceso de atención de enfermería en mujeres que presentan hemorragias postparto en el Hospital Especializado Materno Infantil Mariana de Jesús, que el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería en el manejo de una hemorragia postparto, fue clasificado como eficiente en cuanto al manejo de esta patología y un mínimo porcentaje lo desconoce quizás por la falta de actualización de conocimientos.

En cambio, los resultados de Dauzon García L. del 2016 en su evaluación de la detectar oportunamente la Hemorragia Post Parto; en una Universidad Veracruzana en México, determinó que el grado del conocimiento acerca del parto y puerperio no fueron satisfactorios llamando la atención, que deben de mantener una constante actualización en los temas de interés en el servicio, en este caso en hemorragias obstétrica. El personal de enfermería

reflejó en sus respuestas el tener desconocimientos sobre los posibles procesos etiológicos durante el evento obstétrico, ejemplo de ello es que desconoce la nemotecnia 4T (tono, tejido, trauma, trombina). En su totalidad, el personal de enfermería confirma que se deben de realizar los procedimientos para detectar una posible hemorragia postparto.

Aráuz, P, Oscar, estudios en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque (HBCR) sobre el manejo de la hemorragia posparto en 126 pacientes, afirma que el 51% de las hemorragias posparto fue causado por atonía uterina, y que las complicaciones de hemorragia posparto por atonía uterina fueron anemia severa, coagulopatía de consumo, se realizó histerectomía en un 15.9%, y concluye que el MATEP y el manejo médico de la hemorragia posparto se cumplió correctamente (97.6%), evaluado con la lista de chequeo para el manejo de la hemorragia posparto.

Toledo M en su evaluación en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa sobre la aplicación del protocolo de hemorragia posparto del MINSA, confirma que la atonía/hipotonía uterina como la principal causa asociada a HPP, pero la contribución fundamental es la evaluación del deficiente cumplimiento del diagnóstico, clasificación y manejo de la hemorragia posparto: no se realiza la clasificación del grado de shock, no cumple medidas generales y manejo terapéutico según estándares, no aplica el MATEP y cerca de la mitad no cumple criterios de alta, según el registro del expediente.

Al referirnos de las actitudes del personal de salud ante el manejo o sospecha de HPP, de acuerdo a perfil y competencia del personal obteniendo que el 91% (66) respondieron de acuerdo a la forma de proceder según normativa 109 en el capítulo de HPP por lo que se considera que tiene una Actitud Favorables ante esta complicación.

En Guatemala, *Catun* Maquin evidenció debilidades en la identificación de los pasos del plan de emergencia familiar en el que se encuentran los pasos fundamentales para llevar correctamente el embarazo, parto, puerperio y complicaciones.

Herrera Castillo determinó que las comadronas tienen un buen conocimiento general acerca de las señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio.

Al evaluar las prácticas tanto de médicos como de enfermería ante el manejo de HPP según normativa 109, obteniendo que un 84%(61) realizan prácticas adecuadas, a pesar de tener buenos conocimiento, actitudes favorables y practicas adecuadas persisten muertes por este tipo de complicaciones, pero debemos de afirma que, con tendencia a disminuir la incidencia

y prevalencia, sobre todo en esta zona alejadas y con poco recurso especializados como son los Ginecoobstetra.

La atención del parto domiciliario ha venido sufriendo tendencia a desaparecer a pesar que persisten en menor porcentaje, de acuerdo a cada localidad. A esto debemos de atribuir muchas determinantes; culturales, sociales y emocionales que hacen que las mujeres embarazadas no deseen asistir a los centros hospitalarios y en cambio deciden quedarse en su domicilio en el momento del parto, según el INEC en el año 2013 las razones más frecuentes fueron: “Más confianza en el ambiente, familiares y partera”; “Es nuestra costumbre, tradición”; “Factores económicos, más barato”; “Dificultad de transporte para ir al hospital”; “Buen trato de familiares y partera”; “En la casa se puede practicar costumbres, tradiciones”; “En el hospital hacen prácticas que no les gustan” y “En casa no cuesta nada o es más barato” .

En un análisis realizado por Pelcastre y colaboradores en México, se reportó que las prácticas de las comadronas tradicionales son más comunes en los lugares donde carecen de servicios de salud. En los individuos entrevistados se evidenció que sus funciones no están limitadas y entre ellas citaron que se encargan de la nutrición, cuidados prenatales, puerperio y lactancia, así como apoyo emocional y afectivo a las madres y sus familiares, de igual manera se reportaron varios mitos y creencias entre las cuales se nombran eventos cósmicos, comidas específicas, rituales entre otros.

Según la investigación denominada conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de la hemorragia postparto del personal de enfermería realizado en el Hospital Primario Jorge Navarro en la ciudad de Managua – Nicaragua, Martínez Quiroz (2016) concluye que el personal que labora en este Hospital en su mayoría son recursos en formación con poco nivel de competencia, poco tiempo de laborar, y con necesidad de ser capacitado en el manejo de la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, en cuanto al nivel de conocimiento de los participantes entrevistados en su mayoría fue regular, encontrando debilidades sobre reconocer la definición, clasificación y el momento en que se puede presentar hemorragia posparto, criterios de transfusión e intervención quirúrgica. Cuyos resultados se relacionan con el nivel de competencia que tienen, siendo las enfermeras obstetras las que demostraron tener bastante conocimiento sobre el manejo de la hemorragia posparto. La actitud desfavorable para prevenir y manejar la hemorragia posparto.

Narváez Delgado, del Ministerio de Salud en Managua en el Estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense (2016) llevo a cabo un estudio sobre la terapia usada en el manejo de 279 puérperas, 44 de ellas con hemorragia posparto; Cincuenta mujeres recibieron algún medicamento entre el expulsivo y el alumbramiento, (oxitocina, ergometrina) como tratamiento por hipotonía uterina. El 69.1% de las puérperas recibieron algún fármaco tras el alumbramiento, (ergonovina, oxitocina).

Ortega S y Dávila S, estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense (HAN), los factores relacionados con los 34 casos atendidos de hemorragia posparto en el servicio de GinecoObstetricia. La mitad salió embarazada sin planificarlo y la mayoría tuvo más de 4 CPN. Con patologías del embarazo, parto y puerperio reportadas fueron Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) e Infección de Vías Respiratorias, pre eclampsia, infecciones ovulares e infección puerperal y parto pretérmino.

Las principales causas asociadas con la hemorragia posparto fueron hipotonía uterina (53%), desgarros (18%), retención placentaria (6%), acretismo placentario (3%) y otras causas (20%). El 91% presentó anemia secundaria a la hemorragia. En cuanto a calidad de la atención, sólo la mitad tiene exámenes clínicos y de laboratorio completos, se reportó consejería de planificación familiar (100%), uso de analgésicos (97%), uso de antibióticos (94%), extracción completa de placenta (84%), transfusiones (84%), evaluación del partograma (68%), uso de oxitócicos (62%), inducción del parto (50%, principalmente por hipodinamia), episiotomía (41%), cesárea (18%), uso de corticoides (7%). Todos los casos fueron atendidos por médico general. Con respecto a la calidad de llenado fue inadecuada para los antecedentes de la gestación actual (18%), antecedentes obstétricos (11%), admisión del parto (9%) y para el resto de las secciones: enfermedades maternas, consejería, antecedentes personales e identificación (3% cada una).

Largaespada, Mena y Rivera Laínez, en Carazo Hospital Regional Santiago de Jinotepe, aplicaron el protocolo de hemorragia posparto del MINSA en 25 mujeres (1% del total de partos en el período estudiado) atendidas por esta causa en el servicio de Maternidad del proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes. Las mujeres tenían menos de 20 años, procede del área urbana, labora como ama de casa, la mayoría, sin antecedentes clínicos relevantes y es primigesta.

Siendo la principal causa de hemorragia posparto es la atonía uterina (80%), seguida de inversión uterina (8%), retención placentaria (8%) y desgarros (4%).

Al evaluar del cumplimiento del protocolo de manejo y criterios de las normas terapéuticas publicadas por el MINSA en el 2006 indica un buen cumplimiento (86%) e identifica brechas de calidad en aspectos específicos, Referente a los Criterios de control y seguimiento posterior al evento obstétrico de las pacientes, no todos los criterios se cumplieron en un 100%. Los criterios estrictamente cumplidos en 100% de casos fueron: signos vitales, vigilancia del sangrado, estado de conciencia, administración de tratamiento y dieta adecuada. Los criterios que no se cumplieron en 100% fueron: control de ingeridos y eliminados (0%), promoción de lactancia materna (42%) y consejería en planificación familiar (96%). Los criterios de alta cumplidos en 100% fueron: referencia a unidad de salud, ausencia de sangrado, signos vitales en límites normales, herida quirúrgica sin complicaciones. No se cumplió el criterio de hematocrito en nivel normal (46%)

Ahora bien, la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) de Centroamérica, realizó un estudio de tipo descriptivo, multicéntrico en Guatemala, Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Donde la edad materna promedio es de 25.31 ± 7.3 años en de Nicaragua, el factor de riesgo se encontró antecedentes de hemorragia posparto (2.3%), trabajo de parto prolongado (8.2%), uso de útero-inhibidores (5.9%), y tratamiento con oxitocina de primera elección (100%). Los antecedentes de hemorragia posparto a nivel nacional en no es la excepción a la situación mundial y regional de la mortalidad materna por hemorragia posparto. En los últimos 13 años la tasa de mortalidad materna ha fluctuado, presentando una tendencia estable en este período.

Finalmente los resultados de León Lagos, Jairo Santiago (2017) al valorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería que laboran en los servicios de Ginecología, Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico en pacientes con hemorragia post parto, Hospital San Luis de Otavalo, de una población en estudio de 49 personas; se obtuvo entre las principales conclusiones y resultados se encontraron que: predomino el sexo femenino, edad de entre 23 a 25 años debido a que el 48,98% de los encuestados fueron Internos de Enfermería. El nivel de conocimiento es muy bueno en las licenciadas en enfermería acerca de HPP.

El nivel de cumplimiento de las actividades de enfermería fue de 76,8% por parte de los licenciados en enfermería y de los internos de enfermería 68,7% evidenciando una falta de actualización sobre el tema por parte del personal debido a que actividades sumamente

importantes como la medición de pérdida sanguínea no son cumplidas en su totalidad tomando en cuenta que son actividades vitales para mantener cero muertes maternas.

X. CONCLUSIONES

En el Hospital Primario LA DALIA, de Matagalpa se realizó un estudio CAP sobre HPP, obteniendo los siguientes resultados.

1. Las características socio demográficos y tipo de información que has recibido el personal médicos y de enfermeras, predominó; las edades de 20-29 años, sexo femenino, el perfil enfermeras, años de laborar para el MINSA menor de 1 año. Con un alto porcentaje de capacitaciones e información recibidas con temas como normativa 109, y su contenido correspondiente.
2. Nivel de conocimiento Buena con mayor porcentaje en etiología, tratamiento, criterios de alta y código rojo obstétrico
3. Actitudes Favorables sobre la HHP
4. Prácticas que poseen médicos y enfermeras ante el manejo clínico de HPP se consideraron adecuadas.

XI. RECOMENDACIONES

Hospital Primario

- Colocara en lugar de fácil visualización el flujograma de atención de HPP, que le permita recordar frecuentemente los pasos que hay que seguir en caso de que se presente un caso de Hemorragias Post Parto/ Código Rojo.
- Realizaciones de evaluaciones mensuales del protocolo del manejo de la HPP, con el objetivo de identificar debilidades en el desempeño según competencia.
- Organizar capacitaciones prácticas simuladas con eventos de complicaciones obstétricas (Código Rojo Obstétrico) que mejore el actuar inmediato en complicaciones obstétricas.
- Capacitaciones que se realicen para mejorar debilidades encontradas, situaciones legales, factores de riesgo, diagnóstico y el tratamiento a aplicar en las diferentes situaciones tanto para prevenir muertes maternas por HPP. **Centro de Salud**

- Tomar como base la presente investigación para realizar otros estudios en busca de herramientas que permitan mejorar la atención de los profesionales de la salud y de esta forma contribuir al bienestar de las embarazadas
- Mantener visitas de seguimiento y vigilancias de las embarazadas para la detección temprana de factores de riesgo, diagnóstico oportuno e intervención continua, para con ello seguir disminuyendo la incidencia de HPP.
- Concientizar a las embarazadas con la presencia de factores de riesgo a través de charlas educativas y entregas de folletos acerca de las prácticas de hábitos saludables, signos de peligro.
- Realizar el manejo activo del alumbramiento, pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la hemorragia postparto.
- Realizar; charlas, educación sobre los factores de hemorragias postparto en las distintas áreas de atención a mujeres.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado Berrueta, Rosa María, Margarita Arroyo Vázquez. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria. 2012. Vol. 9. Año. 9. No. 2, pág. 21-25
2. Alvarado Andrade JD, Martínez León J, Colon J. Manejo de hemorragias post parto Guatemala; 2013.pág. 47
3. Álvarez C. Como describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia post-parto. 2012, pág. 19
4. Araujo A, Adell A. Manejo Multidisciplinario de la Hemorragia Obstétrica; Colombia. 2014. pág., 22.
5. ACOG 2017 Postpartum Hemorrhage VOL. 130, NO. 4, October 2017, pág. 2.
6. Acad. Dr. Carrillo Raúl – Esper et al. Actualidades de fármacos vasopresores e inotrópicos en anestesia Medicina Critica Vol. 32. Supl. 1, abril-junio 2009 pp S74-S7, pág. 6.
7. Advanced Trauma Life Support (ATLS); student course manual. 9th edition. Chicago (IL): American College Surgeons; 20123.
8. Azturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia Obstétrica. Artículos de Revisión. 2011. pág. 58
9. Bravo M. Epidemiología de la mortalidad materna en la provincia del Azuay, Cuenca, 2010-2014. Tesis Postgrado. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016. Pág. 121
10. BJOG Prevention and management of postpartum haemorrhage Clinic de Barcelona Protocolo de cesárea. 2016, pág.29.
11. Carrillo E. Definiciones y abordaje de la hemorragia crítica Revista Mexicana de anestesiología Vol. 38. Supl. 2 Julio-septiembre 2015 pág.379.
12. Cabrera S. Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011. pág, 58.
13. Campos López D, Villareal Álvarez G. Hemorragia Postparto. Revista médica de Ginecología 2014, pág. 31.
14. Cantón Salcedo. Tesis de grado. Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital Ambato. Universidad Técnica de Ambato; 2015. Pág. 20.
15. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnostico y manejo de la Hemorragia Postparto. 2012. Pág. 51.
16. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnostico y Manejo de la Hemorragia Postparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012.pág. 8.

17. Curicho Runquillo E. Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo del parto para disminución de complicaciones en hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. Tesis Universidad Técnica de Ambato. 2012.pág. 85.
18. Dirección Nacional de Normalización, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragias post parto, Ecuador, 2013. pág. 241
19. Dauzon García L. Intervención de Enfermería para detectar oportunamente la Hemorragia Post Parto México; 2016. pág. 182
20. Enfermeras Cid. Código deontológico de la enfermería Española. 2006. El presente Código Deontológico contiene el texto definitivo. 2017, pág. 128
21. Federación Ecuatoriana de Enfermería, FEDE. Federación de Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros.org. cited 2017 Abril 29. Pág. 68.
22. Gonzaga M, Zonana A, Anzaldo MOA. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, baja California. Salud pública Méx. 2014 febrero; pág. 56.
23. Griselda, Ortiz A. Hemorragia Puerperal. 2011. Pág. 158.
24. Guash E, Gilzans F. Hemorragia masiva Obstétrica, enfoque terapéutico actual. Medicina Intensiva. 2015. Pág. 28.
25. Gómez Silva Y. Nivel de conocimiento sobre emergencias obstétricas. cited 2015. Tesis 2015. Pág. 28-35.
26. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas 2016. Pág. 358.
27. Guía Práctica Clínica. Diagnostico y tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato México; 2012. Pag. 420
28. Herrera E. Conocimientos y Prácticas Sobre Signos de Peligro en el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido, en Comadronas Tradicionales. Guatemala de la Asunción:2014, pág. 102.
29. Irati Abreo G. Hemorragia Postparto. Post Grado de la via Cátedra de medicina. 2012.pág. 45.
30. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Manejo d ela Hemorragia Post Parto Guatemala; 2013. Pág. 68.

31. León W, Villamarin S, Velasco S, Gonzales F, Henríquez R, Aguinaga G. Prevención, Diagnostico y Tratamiento de la Hemorragia Post Parto. Guía de Práctica Clínica Quito; 2013.
32. M.A, T. (2013). Aplicación del Protocolo de Hemorragia post parto establecido por el MINSA en pacientes atendidas en el hospital Asunción Juigalpa de Enero a Mayo del 2013. Managua: UNAN -Managua. Tesis Monográfica.
33. Marengo, J. (2011). Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto y La HPP en el HAN. Managua
34. Malvino, Eduardo; Shock Hemorrágico en Obstetricia; Buenos Ai-res, 2010. 7. MINSA Norma 125 Guía de práctica clínica Transfusional de la sangre y sus Componentes Managua, Noviembre – 2013. Pág. 8.
35. Martínez Quiroz EI. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el manejo de la Hemorragia postparto. Tesis 2016, pág. 125.
36. Martínez J. Prevención de las Hemorragias Post-Parto con el manejo activo del alumbramiento. 2011
37. Martínez Galiano M. Prevención de las Hemorragias Post Parto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas. 2013. Pág. 12.
38. Ministerio de Salud Pública. Salud Ecuador, Código de ética. 2013. cited 2017 Abril 24.
39. Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. MEDISAN. 2012. Pág. 123.
40. Mielles Zambrano k. Informe técnico del Hospital San Luis de Otavalo como unidad asistencial docente de formación de estudiantes del postgrado de medicina familiar y comunitaria de Otavalo; 2015. Pág. 89.
41. Mendoza Hernández, Gabriela María. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Hemorragia Postparto que tiene el personal médico y de enfermería del servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Escuela Regional Santiago De Jinotepe, II Semestre 2014, pág. 22.
42. MSP. Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos Protocolo Quito-Ecuador; 2016.pág. 36.
43. Normativa 082 Medicina Transfusional. MINSA Managua. 2011. Pág. 9.
44. Nicaragua, M. (2010). protocolo Fármaco Terapéutico de la Hemorragia Post -Parto. Hospital Alemán -Nicaragüense. Managua

45. Nicaragua, M. (2010). protocolo Fármaco Terapéutico de la Hemorragia Post -Parto. Hospital Alemán -Nicaragüense. Managua
46. OMS sobre el ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto. Organización mundial de la salud. Aspectos destacados y mensajes claves de la recomendación global de 2017 de la Organización mundial de la salud. Octubre 2017. pág. 189.
47. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto; 2014. pág. 3.
48. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto; 2015, pág. 48.
49. ONE. Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial en el Sistema Nacional de Salud. 2014. pág. 27.
50. Plan Nacional del buen vivir. Buen vivir. [Online].; 2013-2017 [cited 2017 Marzo, pág. 61.
51. Práctica Clínica Quito-Ecuador sobre HPP en los hospitales. 2013. Pág. 156.
52. Parra Ruiz J. Aplicación del proceso de atención de enfermería; 2016 [cited 2014 - 2015].Tesis 2016. Pág. 85.
53. Peña M. Conocimientos, Costumbres y Prácticas Sobre Embarazo, Parto, Puerperio y Atención al Recién Nacido que Brinda la Comadrona de las Riveras del Río Santiago del Cantón Eloy Alfaro, Provincia de Esmeraldas. Esmeraldas: 2014.
54. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. 2010. España12. Rojas Mónica Maldonado y Col Complicaciones asociadas a la transfusión masiva Revista cubana de hematología; Inmunología y Hemoterapia Vol. 29, Núm. 3 (2013).
55. Rolf Rossaint y col, The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition; Critical Care 2016, Pág. 100.
56. S., O. S. Factores de Riesgo de Morbi Mortalidad por Hemorragia Post Parto en Mujeres Atendidas en el Hospital Alemán -Nicaragüense en el Periodo de Enero a Diciembre 2012. Managua: UNAN -MANAGUA. Tesis Monográfica
57. Toaquiz A. Conocimientos y Prácticas sobre el Parto-Puerperio en las Parteras Empíricas y su Influencia en las Complicaciones Obstétricas en las Comunidades Rurales del Perú, 2017, pág. 251.
58. Varatharajan I and col Outcome of the management of massive postpartum hemorrhage using the algorithm "HEMOSTASIS" LInt J Gynaecol Obstet.2011 May; 113(2):152-

4. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.021. Epub 2011 Mar 10.13.
59. X.L.I. Cumplimiento del protocolo de Hemorragia post Parto según norma y protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe. Junio 2012 -Junio 2013. Managua: UNAN - MANAGUA. Tesis monográfica.
60. Washington, DC, 6 de mayo de 2014 (OPS/OMS) Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU.2014. pág. 128.
61. Winograd Raul, H et al; CONCENSO: Manejo de la Hemorragia Obstetrica Critica de la hemorragia. Secretaría Distrital de Salud Colombia Guía de hemorragia pos-parto Código Rojo 2014. Pág. 14.
62. Zeledón L, López G. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Parteras Adiestradas del Centro de Salud Denis Gutierrez,de Río Blanco y Centro de Salud de Mulukukú, en la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio en el Periodo Comprendido de Junio a Septiembre del 2008. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.

ANEXOS

ANEXOS # 1

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Recinto Universitario Farem- Carazo

Facultad de ciencias medicas

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de la hemorragia postparto según la normativa 109 en el personal médico y enfermería del hospital de Dalia, Matagalpa.

La presente entrevista es para valorar el conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico y enfermería sobre el manejo de las hemorragias postparto en su unidad de salud. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizaran.

Numero de encuesta_____

Fecha_____

I- DATOS GENERALES

1. Edad

20- 29 años_____

30- 49 años_____

Mayor de 50- años_____

I. 2. Sexo: Masculino _____ 1 Femenino _____

II.

III. 3. Perfil profesional:

- Médico Especialista_____
- Médico General_____
- Médico en servicio social_____
- Médico Interno_____
- Enfermera (o)_____
-

IV. 4. Años de laborar en la unidad de salud:

- Menos de 1 año _____
- 1 a 5 años _____
- 6 a 10 años _____
- Mayor de 10 años _____
-

5. En los últimos 12 meses ha sido capacitados sobre

- Manejo de hemorragia postparto
- Normativa 109
- Código Rojo en Obstetricia

II- INFORMACIÓN SOBRE NORMATIVA 109: MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO

Sobre Normativa 109	Si	No
Has recibido información sobre la normativa 109		
Tipo de información que has recibido		
Marco Legal		
Clasificación de la hemorragias postparto		
Factores de riesgo		
Diagnóstico, procedimiento y tratamiento		
Código rojo en hemorragias postaparto		
Definiciones de roles por nivel de atención		
Educación, Promoción y Prevención		
Lugar donde has recibido la información		
Clases continua		
Simposio		
Congreso		
Capacitaciones		
Lectura propia		

1. Conocimiento

1). Generalidades HPP (3)	Si	No
Constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica		
Las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia		
La mayoría de las muertes causadas por hemorragia de origen obstétrico, ocurren durante las primeras 48 horas después del parto		X
2. Definición HPP (6)		
Pérdida sanguínea mayor de 1,000 ml independiente de la vía de finalización del embarazo		
Descenso del hematocrito mayor o igual al 20%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología		X

Pérdida sanguínea que ocasione sintomatología o signos de choque independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea		
Establecer el origen, es el principal pilar en el manejo, para determinar la maniobra terapéutica a realizar		
Las principales causas mundialmente conocidas son las “4 T”		
El gasto cardíaco aumenta a expensas del aumento en 10-20 lat x min de la FC y una disminución de las resistencias vasculares periféricas		x
2) Etiología / Causas, excepto (5)		
El 20% se debe a lesiones del canal del parto (trauma)		
10% es secundario a retención de tejido		x
1% se presenta en trastornos de la coagulación		
Entre las principales causas tenemos la sobredistensión uterina, parto prolongado/precipitado, agotamiento muscular uterino		
El 70% de se debe alteración del tomo (atonía uterina)		
3). Son Factores de riesgos, excepto (6)		
Gestación múltiple, polihidramnios, macrostomia, gran múltipara, hidrocefalia severa		
Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis		
Parto intervenido, Parto precipitado, episiotomía		
Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia		
Acertismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran múltipara		
Ser adolescente, añosas, nulípara, de lejanía geográfica, etnia		x
Diagnósticos HPP		
5) Manifestaciones Clínicas (5)		
A la palpación abdominal no se palpa fondo uterino, sin dolor intenso, nos orienta a causa traumática		x
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto pensamos en HPP		
Útero más blando y grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto nos orienta en puerperio inmediato normal		x
Útero blando y no retraído, pensamos en anomalía de la contractilidad		

Útero contraído, no se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo, orienta a restos retención placentario y restos		
6) Pruebas de laboratorio en la HPP excepto (6)		
BHC y Recuentos de Plaquetas, TIPO RH		
Pruebas de coagulación (TP; TPT; fibrinógeno)		
Albúmina, Glucemia, Urea, Creatinina, Ácido úrico.		
Pruebas hepáticas: transaminasas pirúvicas, oxalacética, bilirrubinas totales y fraccionadas.		
Gasometría (Lactato en sangre, exceso de base, bicarbonato). + electrolitos séricos		
Perfil Lípido, VDRL, Prueba rápida para VIH sida, Hepatitis B y C		x
7) Clasificación, según normativa 109 (6)		
Hemorragia tardía: ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre el 5 y 10% de los partos.		
HPP mediata: después de 24 hrs. hasta los primeros 10 días del parto		x
Hemorragia temprana: es la que se presenta durante las primeras 24 horas del período posparto, generalmente en las dos primeras horas, es la más frecuente y grave		
HPP tardía: después de 45 días hasta 60 días del nacimiento		x
HPP alejada: 10 – 45 días posterior al parto		x
HPP inmediata: primeras 24 hrs. después del nacimiento		x
Procedimiento y tratamiento		
8) Durante el parto, marque de acuerdo si es cierto y no (10)		
A nivel primario: en el parto es de estricto cumplimiento el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP)		
Los tres paso en el MATEP son: aplicación de útero tónico al momento de la salida del hombro, pinzamiento temprano del cordón, tracción controlada del cordón		
Durante el parto se activa el código rojo al presentarse hemorragia más de lo normal		x
Los objetivos de la activación del Código Rojo es colocar el traje antichoque y diagnosticar de choque en hemorragia obstétrica		

Los objetivos de la activación del Código Rojo son asignar funciones/roles, iniciar la aplicación del A, B, C, D, E de la reanimación y trasladar a la paciente		
Desde el punto de vista clínico, el choque, se expresa por: hipotensión arteria, presión arterial media menor de 65 mmHg., taquicardia, pulso débil, signos de hipoperfusión tisular y signos cutáneos		
El índice de Choque es la integración entre 2 variables fisiológicas: frecuencia cardiaca /presión arterial sistólica		
El índice de Choque es un parámetro clínico de no relevancia en la actualidad.		x
El índice de Choque es útil para predecir la mortalidad en las primeras 48 horas		x
El objetivo terapéuticos de la fluido terapia, es obtener un presión arterial sistólica entre 80 y 90 mmHg ² , una presión arterial media por arriba de 65 mmHg ² , Frecuencia Cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto por minuto y una diuresis superior a 0.5 KG/h ² con un lactato menor de 2.		
9) Detectado la causa de HPP actuar en ella de acuerdo a normas CS (6)		
En caso de retención placentaria donde no existir anillo retención realizar extracción manual de placenta		
En caso de para el sangrado podemos utilizar: traje antishock, colocar el balón de Bakri o taponamiento en establecimiento de salud		x
En caso de inversión uterina la restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación		
En retención de resto placentarios extraer los restos practicando legrado instrumental		
En caso de trauma realizar sutura y en caso de ser muy extenso, colocar sonda Foley, taponamiento compresivo y referir de forma inmediata a unidad de mayor resolución		
En la atonía uterina debemos de aplicar 40 de oxitocina, metilergonovina 0.2mg IM en el momento, y posterior otra a los 15 minutos		
10) Que debemos hacer en el Hospital (15)		
Control de la causa de hemorragia lo más rápidamente posible de acuerdo a la causa, utilizar las 4 “TS”		
Mantener o colocar traje antichoque		
Si es parto vaginal, realizar colocación de balón de Bakri si lo hay en la unidad		
Si el sangrado continúa y es mayor de 50cc por hora, se llevará a sala de operaciones, y se valorará individualmente la aplicación de una sutura hemostática y de persistir efectuar histerectomía obstétrica.		
El Procedimientos quirúrgicos en la HPP por atonía uterina, la más frecuente es ligadura de las arterias hipogástricas		x

El Procedimientos quirúrgicos en la HPP por atonía uterina, menos difundida son histerectomía subtotal y total		x
En desgarro del canal del parto valorar si se sutura el segmento, o la histerectomía		
En la Ruptura Uterina, se debe de realice laparotomía exploradora y/o histerectomía		
En retención placentario si la placenta no se desprende considerar que se trata de un acretismo placentario y proceder de acuerdo al protocolo		
Los objetivos a alcanzar del uso de hemoderivados son: tener un hematocrito mayor o igual a 21% (Hb 7g/dl), mantener hemoglobina entre 7 a 9 g/dl, recuento de plaquetas mayor de 50, 000, TP y TPT menor a 1.5 tiempo control. 5. Fibrinógeno mayor de150mg/dl		
Se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos ampicilina 2g IV ò cefazolina 1g. una sola dosis, al extraer manual la placenta		
En aquellas pacientes cuyo control de hemorragia ha sido laborioso hay que utilizar Ceftriazone 2 gr IV cada12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, durante 5 a 10 días		x
HPP tardía generalmente se da por sepsis puerperal por lo que se deberá manejar como endometritis por restos placentarios.		
La anemia, Choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada , lesión de órgano vecino son considerados complicaciones por HPP		
La endocarditis por uso de dispositivo intravenosos , IAAS, secuelas psicológicas e infertilidad no son consideran complicaciones de la HPP		
Son criterios de alta, excepto (3)		
Ausencia de sangrado anormal, con hemoglobina de Hb entre 7 a 9 sin cambios hemodinámicas		
Ausencia de signos de infección y herida quirúrgica limpia		
Administre DT y HCP completa y legible		
Código rojo en el manejo del choque hipovolémico hemorrágico (4)		
Se debe de activar al legar a la unidad hospitalaria en todas las HPP		x
El código rojo consiste en asistencia- apoyo, buen acceso, buen volumen, corregir coagulaciòn intravascular diseminada,		
Determina el estados clínicos del shock y eliminar causa		
Los objetivos del tratamiento son mantener presión sistólica mayor 90 mmHg ,Presión arterial media (55-65 mmHg), mantener volumen urinario mayor a 0,5 ml / Kg /hr, piel tibia con temperatura corporal mayor 37C, mantener el estado de consciencia y controlar la hemorragia del órgano afectado y corregir las coagulopatías		

ACTITUDES (19)

Marque con una X según corresponda: Da: De Acuerdo, De: Desacuerdo	Da	De
Considero que la perdidas hemáticas que causan mareo, síncope, taquicardia e hipotensión después del parto SE ASOCIAN a hemorragia posparto		
Siempre debo estar alertar cuando hay paciente con hemorragia posparto en labor y parto, sala de recuperación y puerperio para solicitar ayuda.		
Considero prolongada la 3era etapa del parto si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.		
Creo que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la hemorragia		
Me desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical		
Entiendo que puede existir hemorragia posparto en el puerperio alejado después de los 10 hasta 45 días después del parto.		
Sé que una de las complicaciones de la hemorragia posparto es la infertilidad.		
Conozco que Hemorragia Tardía post-parto generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios		
Entiendo que es una muy buena opción el uso de Oxitocina y metil Ergonovina como útero tónico		
Sé que al continuar el sangrado post parto después de administrarle Oxitocina y metil Ergonovina debo utilizar misoprostol 600microgramos vía sublingual dosis única		
Realizo la aplicación de drogas uterotónicas antes del pinzamiento del cordón.		
Considero si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoco contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremento la concentración de oxitócina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión		
Entiendo que una paciente con hemorragia posparto debe de ser vigilada en UCI		
Comprendo que la referencia a una unidad con mayor capacidad se da cuando los requerimientos para la atención son insuficientes o no hay personal entrenado.		
Des pues de un procedimiento de una HPP de se debe de observar a la mujer r estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV		
El monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) se debe de realizar cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.		
En la activación del código rojo ante una HPP consiste en pedir ayuda, el tratamiento debe ser basado en los principios de manejo óptimo del tiempo, reposición adecuada del volumen sanguíneo para disminución de la hemorragia		

La decisión de activar protocolos de transfusión masiva, debe ser consensuada con el equipo multidisciplinario		
El empaquetamiento se debe realizar después de la realización de histerectomía obstétrica en: Pacientes en las que persiste la fuga sanguínea no controlada.		

PRACTICAS (31)

Marque con una X según corresponda: Da: De Acuerdo, De: Desacuerdo	Da	De
Tienes visible la Normativa 068, Normativa para la referencia y contrarreferencia de pacientes		
Tienes visible la Normativa 109, Normativa COE		
Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en domicilio o en un establecimiento de salud del primero o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto.		
Se debe administrar útero tónicos inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta.		
10 UI IM de oxitocina en el parto vaginal es la primera elección		
En la cesárea 20 -UI oxitocina IV pasar en 30 segundos.		x
En el post-operatorio se dejará 20 UI de oxitocina en 1000 cc de SSNN 0.9% pasar en 8 horas		x
Aproveche la contracción uterina con contra tracción para rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina		
Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 4 horas.		x
La compresión bimanual del útero es una maniobra que sirve para el control del sangrado que salva vida		
El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones		
Antes cada procedimiento se debe revisar que todos los materiales se disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico		
Si hay signos de shock, se debe de seguir haciendo masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero, colocar vía segura y pasar Solución Salina o Ringer a chorrose debe de 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 y mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.		
Hay que hacer compresión de la aorta abdominal, aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal		

Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión aortica, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y úteroováricas		
Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto; os desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo. , los desgarros de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes; desgarros de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal y los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal.		
Los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.		
Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo inspeccione para asegurarse de que no exista ningún desgarro de tercer o cuarto grado		
La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional de salud debe realizar para tratar la retención de la placenta y la hemorragia postparto		
La retención de placenta y HPP se define como la ausencia de salida del canal del parto de placenta por más de 25 minutos con manejo activo y 20 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento		x
Contraindicaciones de la extracción de la placenta en retención; acretismo placentario, falta de capacitación del personal de salud y falta de condiciones físicas y de insumos para realizar		
La complicaciones presenta cuando no se ha identificado apropiadamente el acretismo y se procede a realizar la extracción placentaria se produce una hemorragia masiva		
No es considera complicaciones cuando procede a realizar la extracción placentaria se producen una inversión uterina.		x
Administre una dosis única de antibióticos profilácticos; ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV y / o cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV al extraer la placenta o resto manual		
El TAN se aplica cuando se han identificado signos de choque hipovolémico.		
Sangrado es de <50 ml por hora, durante dos horas , presión arterial sistólica es de >90 mm/Hg, hemoglobina es de >7, o el hematocrito es de 20% , son criterios de retiro del TAN		
Dentro las indicaciones d ela histerectomía tenemos atonía uterina refractaria al tratamiento médico, ruptura uterina, inversión uterina, placenta acreta		
No son considerados como complicaciones absceso de cúpula, hematoma de cúpula, lesión vesical		x
El choque hemorrágico se clasifica de acuerdo a parámetros clínicos cuyo deterioro es progresivo y permite clasificar la severidad del mismo		
Los parámetros a tomar en cuenta en el choque por hemorragia son: diuresis, sensorio, perfusión, pulso y presión arterial		
Clasificación en cuanto a la severidad de Choque: Choque compensado Clase I Choque leve Clase II Choque moderado Clase III Choque severo Clase IV		

GRACIAS POR SU APOYO

No Entrevista:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ CON NUMERO DE
CEDULA _____, DOY AUTORIZACIÓN
A REALIZAR ENTREVISTA SOBRE EL MANEJO DE HEMORRAGIA POSTPARTO
SIN NINGUN TIPO DE COHESION, RESPONDIENDO A LAS PREGUNTAS, CON EL
OBJETIVO DE MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE
HEMORRAGIA POSTPARTO. TODO LOS QUE SE DIGAN SERA UTILIZADOS CON
PROPOSITOS ACADEMICOS Y DE FORMA CONFIDENCIAL.

MATAGALPA LA DALIA A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DEL AÑO 2019

FIRMA DEL ENTREVISTADO

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

ANEXOS # 3

**Tabla No 1: Distribución del personal de salud que atiende Hemorragias Postparto.
Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019**

Variables (72)	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
20 – 29 años	62	86
30 – 40 años	8	12
Mayor de 50	2	2
Sexo		
Masculino	20	27
Femenino	52	73
Perfil Profesional		
Médico Especialista	4	5
Médico General	8	11
Médico en servicio social	19	26
Médico Interno	0	0
Enfermero	41	58
Años de laboral en el Hospital Primario		
Menor de 1 año	41	58
1 a 5 años	27	37
6 a 10 años	3	4
Mayor de 10 años	1	1

Fuente: Entrevista

Tabla No 2. Capacitaciones y fuentes de información sobre HPP del personal médico y enfermeras. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
Capacitaciones e información recibidas				
Manejo de hemorragia postparto	65	91	7	9
Normativa 109	66	92	6	8
Código Rojo en Obstetricia	71	99	1	1
Tipo de información recibida				
Marco Legal	33	45	39	55
Clasificación de la hemorragias postparto	56	77	16	23
Factores de riesgo	71	99	1	1
Diagnóstico, procedimiento y tratamiento	68	95	4	5
Código rojo en hemorragias postaparto	70	98	2	2
Definiciones de roles por nivel de atención	70	98	2	2
Educación, Promoción y Prevención	70	98	2	2
Lugar donde has recibido la información				
Clases continua	69	96	3	4
Simposio	8	11	64	89
Congreso	17	24	55	76
Capacitaciones	19	26	53	74
Lectura propia	56	77	16	23

Fuente: Entrevista

Tabla No 3. Nivel de conocimiento de médicos - enfermeras sobre el manejo de la HPP, según definición de la Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
Generalidades				
Primera causa de muerte materna de causa obstétrica	70	97	2	3
Secuelas más importantes: coagulopatías de consumo, transfusión hemoderivados, infertilidad y quirúrgicas	70	97	2	3
Las muertes por hemorragia de origen obstétrico, ocurren durante las primeras 48 horas después del parto	23	31	49	69
Definición de HPP				
Pérdida sanguínea mayor de 1,000 ml independiente de la vía de finalización del embarazo	67	93	5	7
Descenso del hematocrito mayor o igual al 20%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología	66	91	6	9
Pérdida sanguínea que ocasione sintomatología o signos de choque independientemente de la cantidad estimada	59	81	13	19
Establecer el origen, es el principal pilar en el manejo, para determinar la maniobra terapéutica a realizar	70	97	2	3
Las principales causas mundialmente conocidas son las “4 T”	72	100	0	0
GC aumenta a expensas del aumento en 10-20 lat x min de la FC y una disminución de las resistencias vasculares periféricas	71	98	1	2

Fuente: Entrevista

Tabla No 4. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP, según etiología, factores de riesgos, de la Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
Causa/ Etiología				
El 20% se debe a lesiones del canal del parto (trauma)	64	88	8	12
10% es secundario a retención de tejido	72	100	0	0
1% se presenta en trastornos de la coagulación	59	81	13	19
Principales causas: Sobredistensión uterina, parto prolongado/precipitado, agotamiento muscular uterino	65	90	7	10
El 70% de se debe alteración del tomo (atonía uterina)	72	100	0	0
Factores de Riesgos				
Gestación múltiple, polihidramnios, macrostomia, gran múltipara, hidrocefalia severa	71	98	1	2
Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis	63	87	9	13
Parto intervenido, Parto precipitado, episiotomía				
Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia	71	98	1	2
Acertismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran múltipara	72	100	0	0
Ser adolescente, añosas, nulípara, de lejanía geográfica, etnia	64	88	8	12

Fuente: Entrevista

Tabla No 5: Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP, según diagnóstico de la Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
Diagnóstico de HPP				
A la palpación abdominal no se palpa fondo uterino, sin dolor intenso, nos orienta a causa traumática	64	88	8	12
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto pensamos en HPP	48	66	24	34
Útero blando y grande según el tiempo transcurrido desde el parto hasta puerperio inmediato normal	67	93	5	7
Útero blando y no retraído, pensamos en anomalía de la contractilidad	50	69	22	31
Útero contraído, no se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo, orienta a restos retención placentario y restos	71	98	1	2
Exámenes de laboratorios				
BHC y Recuentos de Plaquetas, TIPO RH	64	88	4	12
Pruebas de coagulación (TP; TPT; fibrinógeno)	72	100	0	0
Albúmina, Glucemia, Urea, Creatinina, Ácido úrico.	64	88	8	12
Pruebas hepáticas: TGP, TGO, BT y fraccionadas	71	98	1	2
	55	76	17	24
Gasometría (Lactato en sangre, exceso de base, bicarbonato). + electrolitos séricos				
Perfil Lípido, VDRL, Prueba rápida para VIH sida, Hepatitis B y C	33	45	39	55

Fuente: Entrevista

Tabla No 6. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP, según clasificación de la Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
Hemorragia tardía: ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, (5 -10% de los partos).	53	73	19	27
HPP mediata: después de 24 hrs. hasta los primeros 10 días del parto	65	90	7	10
Hemorragia temprana: se presenta durante las primeras 24 horas posparto,(2 primeras horas), grave	67	93	5	7
HPP tardía: después de 45 días hasta 60 días del nacimiento	32	44	40	56
HPP alejada: 10 – 45 días posterior al parto	62	86	10	14
HPP inmediata: primeras 24 hrs. después del nacimiento	58	80	14	20

Fuente: Entrevista

Tabla No 7. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP, según tratamiento durante el parto de la Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Tratamiento	Si		No	
	fr	%	fr	%
A nivel primario: es de estricto cumplimiento el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP)	72	100	0	0
Tres paso en el MATEP son: aplicación de útero tónico a la salida del hombro, pinzamiento del cordón, tracción controlada del cordón	42	58	30	42
Durante el parto se activa el código rojo al presentarse hemorragia más de lo normal	43	59	29	41
Los objetivos de la activación del Código Rojo es colocar el traje antichoque y diagnosticar el choque	50	59	32	31
Los objetivos de la activación del Código Rojo son asignar funciones/roles, aplicar el A, B, C, D, E de la reanimación y trasladar a la paciente	64	88	8	12
El choque, se expresa por: hipotensión arteria, presión arterial media menor de 65 mmHg., taquicardia, pulso débil, signos hipoperfusión tisular y signos cutáneos	72	100	0	0
Índice de Choque: integra 2 variables fisiológicas: frecuencia cardiaca /presión arterial sistólica	12	16	60	84
Índice de Choque es un parámetro clínico de no relevancia en la actualidad.	35	48	37	52
El índice de Choque es útil para predecir la mortalidad en las primeras 48 horas	57	79	15	21
El objetivo terapéuticos de la fluido terapia, es obtener PAS 80 y 90 mmHg ² , PAM arriba de 65 mmHg ² , FC 60 y 100 latidos x y una diuresis superior a 0.5 KG/h ² con un lactato menor de 2.	64	88	8	12

Fuente: Entrevista

Tabla No 8. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP, según tratamiento de acuerdo a causa de la Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Tratamiento	Si		No	
	fr	%	fr	%
En caso de retención placentaria donde no existir anillo retención realizar extracción manual de placenta	72	100	0	0
En caso de para el sangrado podemos utilizar: traje anti shock, colocar el balón de Bakri o taponamiento en establecimiento de salud	56	77	16	23
Inversión uterina la restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación	72	100	0	0
Retención de resto placentarios extraer los restos practicando legrado instrumental	72	100	0	0
Trauma realizar sutura y en caso de ser muy extenso, colocar sonda Foley, taponamiento compresivo y referir de forma inmediata a unidad de mayor resolución	56	77	16	23
Atonía uterina; aplicar 40 de oxitocina, metilergonovina 0.2mg IM en el momento, y posterior otra a los 15 minutos	71	98	1	2

Fuente: Entrevista

Tabla No 9. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP, según tratamiento en el hospital de acuerdo a Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Tratamiento	Si		No	
	fr	%	fr	%
Hospitalario				
Control de la causa de hemorragia segun causa, utilizar las 4 “TS”	72	100	0	0
Mantener o colocar traje anti choque	72	100	0	0
Parto vaginal, realizar colocación de balón de Bakri si lo hay en la unidad	57	79	15	21
Si el sangrado continúa y es mayor de 50cc por hora, se llevará a sala de operaciones, y se valorará la sutura hemostática y de persistir efectuar histerectomía	64	88	9	12
Procedimientos quirúrgicos en la HPP por atonía uterina, frecuente ligadura de las arterias hipogástricas	32	44	40	56
Procedimientos quirúrgicos en la HPP por atonía uterina, menos difundida histerectomía subtotal y total	49	68	23	32
Desgarro del canal del parto valorar si se sutura el segmento, o la histerectomía	72	100	0	0
Ruptura Uterina, se debe de realice laparotomía exploradora y/o histerectomía	72	100	0	0
Retención placentario si la placenta no se desprende considerar que se trata de un acretismo placentario	62	86	10	14
Objetivos en el uso de hemoderivados son: tener un hematocrito mayor o igual a 21%, mantener HB 7 a 9 g/dl, plaquetas mayor de 50, 000, TP y TPT menor a 1.5 tiempo control, Fibrinógeno mayor de 150mg/dl	72	100	0	0
Administrar dosis única de antibióticos ampicilina 2g IV ò cefazolina 1g. al extraer manual la placenta	67	93	5	7
Control de hemorragia ha sido laborioso hay que utilizar Ceftriazone 2 gr IV c/12 h + Metronidazol 500 mg IV c/8 h, durante 5 a 10 días	72	100	0	0
HPP tardía por sepsis puerperal, se deberá manejar como endometritis por restos placentarios.	72	100	0	0
Anemia, Choque hipovolémico, CID , lesión de órgano vecino son complicaciones por HPP	66	91	6	9
La endocarditis por uso de dispositivo intravenosos , IAAS, secuelas psicológicas e infertilidad no son consideran complicaciones de la HPP	72	100	0	0

Fuente: Entrevista

Tabla No 10. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP, según criterios de alta en la Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Tratamiento	Si		No	
	fr	%	fr	%
Ausencia de sangrado anormal, Hb entre 7 a 9 sin cambios hemodinámicas	72	0	0	0
Ausencia de signos de infección y herida quirúrgica limpia	72	100	0	0
Administre DT y HCP completa y legible	64	88	9	2
Código rojo en el manejo del choque hipovolémico hemorrágico				
Activar al llegar al Hospital en todas las HPP	72	100	0	0
El código rojo consiste en asistencia- apoyo, buen acceso, buen volumen, corregir CID	72	100	0	0
Determina el estados clínicos del shock y eliminar causa	71	98	1	2
Ojetivos del tratamiento: PAS mayor 90 mmHg ,PAM (55-65 mmHg),volumen urinario mayor a 0,5 ml / Kg /hr, piel tibia mayor 37C, estado de consciencia, controlar la hemorragia del órgano afectado y corregir las coagulopatías	72	100	0	0

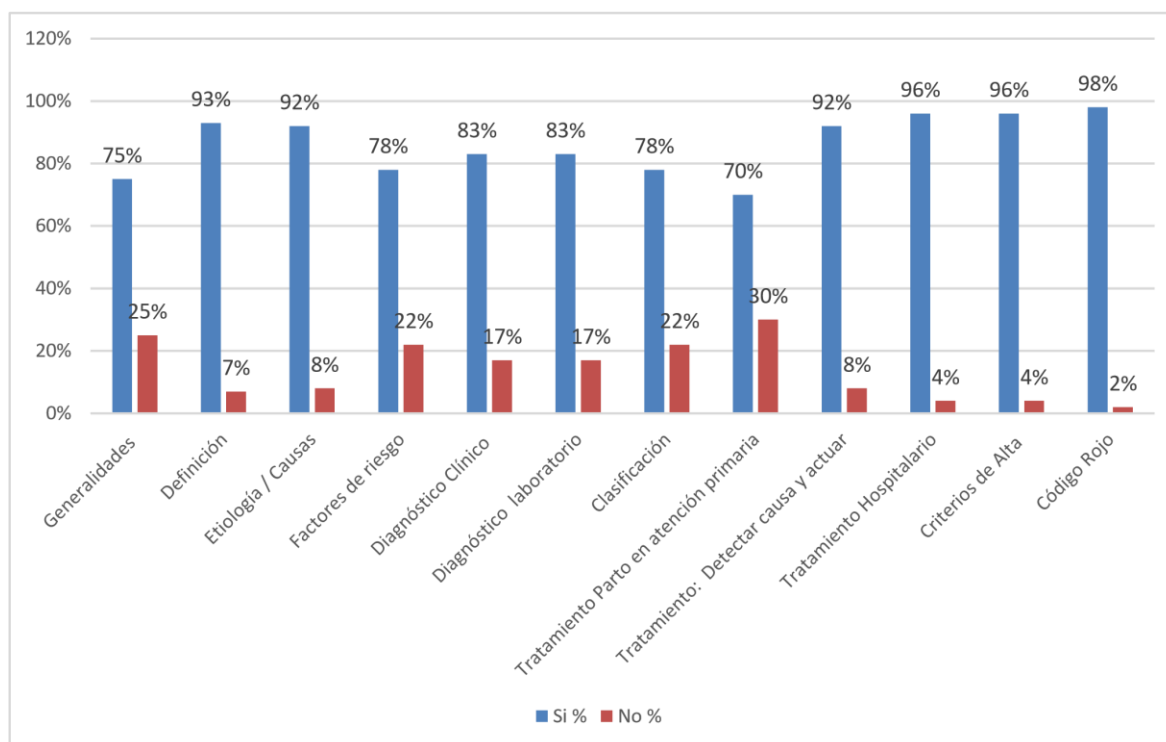
Fuente: Entrevista

Tabla No 11. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP.**Según Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019**

<u>Variab<u>l</u>es / Tratamiento</u>	<u>Si</u>		<u>No</u>	
	fr	%	fr	%
Generalidades	54	75	18	25
Definición	67	93	5	7
Etiología / Causas	66	92	6	8
Factores de riesgo	56	78	16	22
Diagnóstico Clínico	60	83	12	17
Diagnóstico laboratorio	60	83	12	17
Clasificación	56	78	16	22
Tratamiento Parto en atención primaria	51	70	21	30
Tratamiento: Detectar causa y actuar	66	92	6	8
Tratamiento Hospitalario	69	96	3	4
Criterios de Alta	69	96	3	4
Código Rojo	71	98	2	2

Fuente: Entrevista

**Gráfico No 1. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP.
Según Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019**



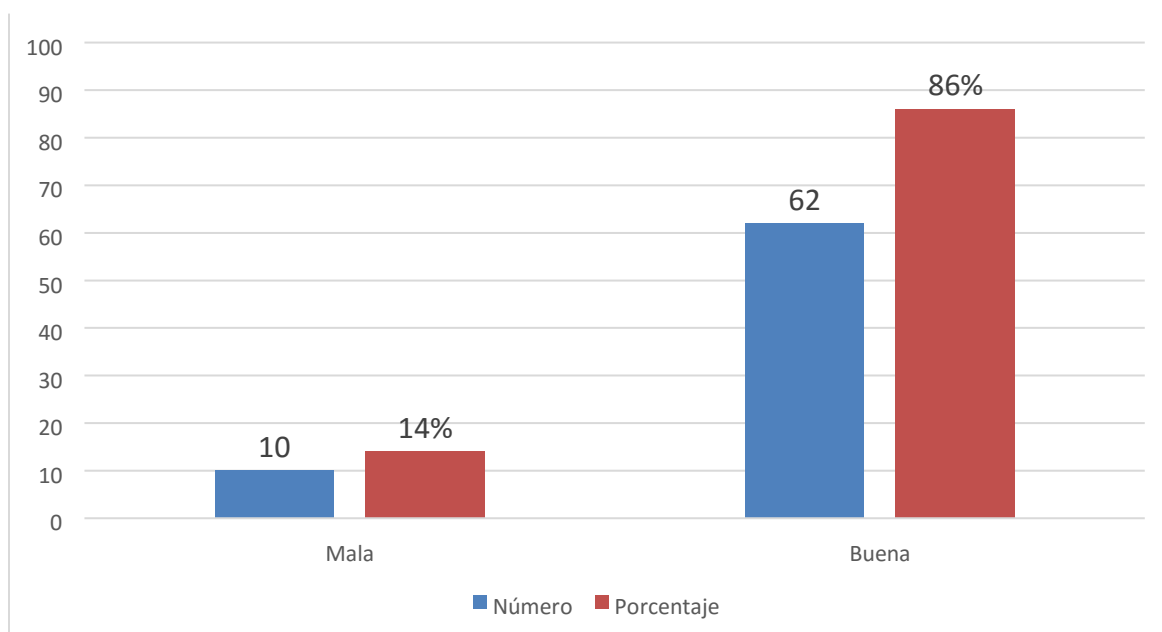
Fuente Tabla N°11

Tabla No 12. Nivel de conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP. Según cumplimiento de Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Conocimiento	No	%
Mala	10	14
Buena	62	86
Total	72	100

Fuente: Entrevista

Gráfico No 2. Nivel de conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo de la HPP. Según cumplimiento de Normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019



Fuente Tabla N° 12.

Tabla No 13. Actitudes de médicos y enfermeras ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Actitud	DA		DE	
	fr	%	fr	%
Perdidas hemáticas que causan mareo, síncope, taquicardia e hipotensión después del parto se asocian a HPP	72	100	0	0
Siempre debo estar alertar cuando hay paciente con hemorragia posparto en labor y parto, sala de recuperación y puerperio para solicitar ayuda.	72	100	0	0
Considero prolongada la 3era etapa del parto si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.	71	98	1	2
Creo que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la hemorragia	50	59	22	31
Me desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical	19	26	53	74
Entiendo que puede existir hemorragia posparto en el puerperio alejado después de los 10 hasta 45 días después del parto.	71	98	1	2
Sé que una de las complicaciones de la hemorragia posparto es la infertilidad.	70	97	2	3
Hemorragia Tardía post-parto generalmente se da por sepsis puerperal caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios	72	100	0	0
Entiendo que es una muy buena opción el uso de Oxitocina y metilergonovina como útero tónico	72	100	0	0
Sé que al continuar el sangrado post parto después de administrarle Oxitocina y metilegonovina debo utilizar misoprostol 600microgramos vía sublingual dosis única	56	77	16	23
Aplico drogas uterotónicas antes del pinzamiento del cordón.	69	95	3	5

Fuente: Entrevista

Tabla No 14. Actitudes de médicos y enfermeras ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Actitud	DA		DE	
	fr	%	fr	%
Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provocho contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremento la concentración de oxitócina a 60 gotas	71	98	1	2
Entiendo que una paciente con hemorragia posparto debe de ser vigilada en UCI	72	100	0	0
Comprendo que la referencia a una unidad con mayor capacidad se da cuando los requerimientos para la atención son insuficientes o no hay personal entrenado.	69	95	4	5
Después de un procedimiento de una HPP de se debe de observar a la mujer estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV	72	100	0	0
El monitoree los signos vitales, se debe de realizar cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.	72	100	0	0
En la activación del código rojo ante una HPP consiste en pedir ayuda, el tratamiento debe ser basado en los principios de manejo óptimo del tiempo, reposición adecuada del volumen sanguíneo para disminución de la hemorragia	56	77	16	23
La decisión de activar protocolos de transfusión masiva, debe ser consensuada con el equipo multidisciplinario	72	100	0	0
El empaquetamiento se debe realizar después de la realización de histerectomía obstétrica en: Pacientes en las que persiste la fuga sanguínea no controlada.	70	97	2	3

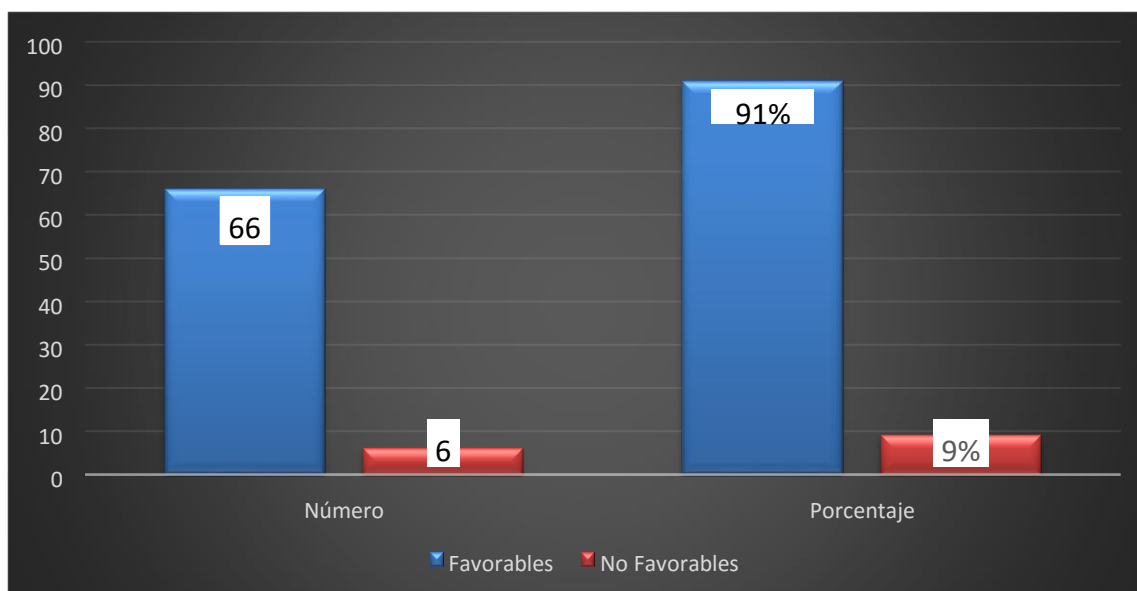
Fuente: Entrevista

Tabla No 15. Nivel de Actitud de médicos y enfermeras ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Actitudes	N°	%
Favorables	66	91
No Favorables	6	9
Total	72	100

Fuente: Entrevista

Grafica No 3. Nivel de Actitud de médicos y enfermeras ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019



Fuente Tabla N° 15

Tabla No 16. Prácticas de médicos y enfermeras ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Prácticas	DA		DE	
	fr	%	fr	%
Tienes visible la Normativa 068, Normativa para la referencia y contra-referencia de pacientes	71	98	1	2
Tienes visible la Normativa 109, Normativa COE	72	100	0	0
Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención que propicie hemorragia postparto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto.	72	100	0	0
Se debe administrar útero tónicos inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta.	72	100	0	0
10 UI IM de oxitocina en el parto vaginal es la primera elección	71	98	1	2
En la cesárea 20 -UI oxitocina IV pasar en 30 segundos.	71	98	1	2
En el post-operatorio se dejará 20 UI de oxitocina en 1000 cc de SSNN 0.9% pasar en 8 horas	72	100	0	0
Aproveche la contracción uterina con contra tracción para rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina	72	100	0	0
Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 4 horas.	72	0	0	0
La compresión bimanual del útero es una maniobra que sirve para el control del sangrado que salva vida	72	0	0	0

Fuente: Entrevista

Tabla No 17. Prácticas de médicos y enfermeras, ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Prácticas	DA		DE	
	fr	%	fr	%
El personal de apoyo estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones	72	100	0	0
Se debe revisar que todos los materiales sea disponibles, seguir las medidas de bioseguridad en todo acto quirúrgico	71	98	1	2
Si hay signos de shock, hacer masaje uterino externo, compresión bimanual externa, vía segura y pasar SSN9% o Ringer, aplique presión contra la pared anterior del útero, y abdomen, para control del sangrado y la contracción del útero.	72	100	0	0
Hay que hacer compresión de la aorta abdominal, aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared	71	98	1	2
Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión aortica, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas	69	95	4	5
Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto; primer grado, segundo; tercer y cuarto grado, dependiendo de la magnitud.	72	100	0	0
Los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.	72	100	0	0
Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo inspeccione para asegurarse de que no exista ningún desgarro de tercer o cuarto grado	71	98	1	2
La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional de salud debe realizar para tratar la retención de la placenta y la HPP	69	95	3	5
Retención de placenta y HPP se define como la ausencia de salida del canal del parto de placenta por más de 25 minutos con manejo activo y 20 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento	69	95	3	5

Fuente: Entrevista

Tabla No 17. Prácticas de médicos y enfermeras, ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Variables / Practicas	DA		DE	
	fr	%	fr	%
Cuando no se ha identificado apropiadamente el acretismo y se procede a realizar la extracción placentaria se produce una hemorragia masiva	72	100	0	0
No es considera complicaciones al realizar extracción placentaria se producen una inversión uterina.	71	98	1	5
Administre una dosis única de antibióticos profilácticos; ampicilina 2 g IV +metronidazol 500 mg IV y / o cefazolina 1 g IV + metronidazol 500 mg IV al extraer la placenta o resto manual	69	95	3	5
El TAN se aplica cuando se han identificado signos de choque hipovolémico.	70	97	2	3
Sangrado es de <50 ml por hora, durante dos horas , PAS de >90 mm/Hg, HB de >7, o el HTO de 20% , son criterios de retiro del TAN	69	95	3	5
Indicaciones de la histerectomía: atonía uterina refractaria al tratamiento médico, ruptura uterina, inversión uterina, placenta acreta	71	98	1	2
No son complicaciones absceso de cúpula, hematoma de cúpula, lesión vesical	71	98	1	2
El choque hemorrágico se clasifica de acuerdo a parámetros clínicos cuyo deterioro es progresivo y permite clasificar la severidad del mismo	72	98	1	2
Parámetros del choque por hemorragia son: diuresis, sensorio, perfusión, pulso y presión arterial	69	95	3	5
Clasificación en cuanto a la severidad de Choque: Compensado I, Leve II, Moderado II y Choque severo Clase IV	71	98	1	2

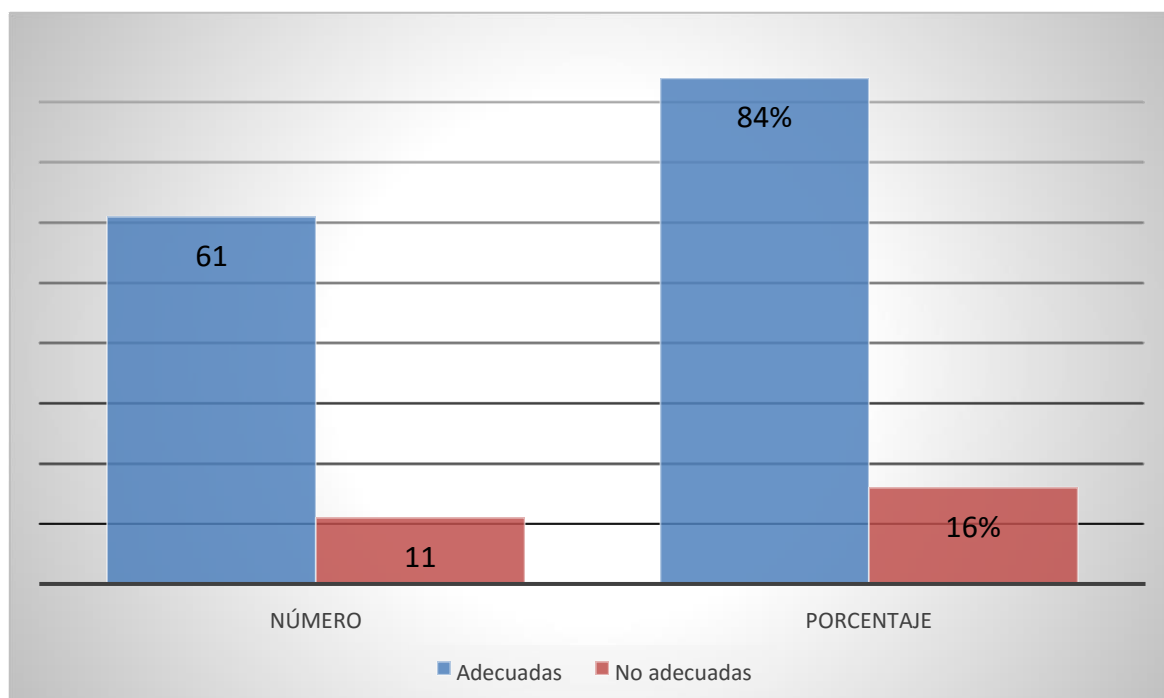
Fuente: Entrevista

Tabla No 18. Nivel de Practicas de médicos y enfermería ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019

Actitudes	N°	%
Adecuadas	61	84
No adecuadas	11	16
Total	72	100

Fuente: Entrevista

Grafica No 4. Nivel de Practicas de médicos y enfermería ante el manejo de HPP según normativa 109. Hospital Primario de La Dalia, Matagalpa, II Semestre 2019



Fuente Tabla N.º 18