

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – MANAGUA

Facultad de Medicina



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

**Título:**

“Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre Hemorragia Postparto Que Tiene El Personal Médico Y De Enfermería Del Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital Escuela Regional Santiago De Jinotepe, II Semestre 2014”

**Autor:**

**Bra.** Gabriela María Mendoza Hernández

**Tutor:**

**Dr.** Eddy Dávila

Médico Gineco-Obstetra

HERS. Jinotepe.

**Asesor Metodológico**

**Dr.** Eladio Meléndez MSSR

Epidemiólogo HAJN, Granada

Jinotepe. 2014

## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
HPP	Hemorragia Post Parto
MATEP	Manejo Activo Del Tercer Período Post Parto
MINSA	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PFC	Plasma Fresco Congelado
SHG	Síndrome Hipertensivo Gestacional
UNFPA	United Nations Population Fund
FECASOG	Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
RMM	Razón de Mortalidad Materna
HERSJ	Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe
HBCR	Hospital Escuela Bertha Calderón Roque
HFVP	Hospital Fernando Velez Paiz
HAN	Hospital Alemán Nicaragüense
HRSJD-Estelí	Hospital Regional San Juan de Dios de Estelí
HRAJ	Hospital Regional Asunción de Juigalpa
RPM	Ruptura Prematura de Membranas
CPN	Control Prenatal
HCP	Historia Clínica Prenatal
IMC	Índice de Masa Corporal

HIE	Hipertensión Inducida por el Embarazo
IVU	Infección de Vías Urinarias
CID	Coagulación Intravascular Diseminada
DPPNI	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta
BHC	Biometría Hemática Completa
TP	Tiempo de Protrombina
TPT	Tiempo Parcial de Tromboplastina
SSN	Solución Salina Normal
HTA	Hipertensión Arterial
ACV	Accidente Cerebro Vascular
AINE	Antiinflamatorio No Esteroideo
GSP	Globo de Seguridad de Pinard
RAE	Real Academia de la Lengua Española

## ***DEDICATORIA***

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios y a la Virgen María quienes fueron mi fortaleza y mi guía en este largo camino.

A mis padres a quienes les debo mi educación, con todo cariño, Gilberto Mendoza y Ernestina Hernández, por su amor incondicional y su empeño, hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños.

A mis hermanos José y Fabiola, por su apoyo, por estar a mi lado y motivarme a seguir siempre adelante.

A mis abuelos Yolanda, Francisco y mi querida “Mamayina”, por su inmensa sabiduría y lecciones, por mantener la humildad en mí y sobretodo por creer en mí. A mi abuelito Gilberto que aunque no te conocí sé que has estado acompañándome en cada paso.

A mis tíos que siempre estuvieron dispuestos a brindarme toda su ayuda y consejos.

A mis maestros quienes influyeron con sus lecciones y experiencias para formar mis conocimientos, me prepararon para los retos que me esperan en la vida.

A mis amigos y compañeros que marcaron mi vida, por los buenos y malos momentos que compartimos juntos sin ustedes este camino no hubiese sido igual.

A todos y cada una de las personas que depositaron su fe en mí, les dedico este trabajo por alentarme a perseverar.

## ***AGRADECIMIENTO***

Le agradezco a Dios y a la Virgencita por permitirme obtener otro triunfo y llenarme de bendiciones, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por brindarme la fortaleza y sabiduría necesaria en los momentos de debilidad, por mostrarme que detrás de cada dificultad se esconde una lección y por poner ángeles en mí camino.

Le doy gracias a mis padres porque sin su apoyo esto no hubiese sido posible, por los valores que inculcaron en mí, por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación y por ser un gran ejemplo.

A mis hermanos por ser parte de mi vida, por su ayuda y consejos. José gracias por tu paciencia y compañía contribuiste enormemente a este triunfo.

A mis abuelos, tíos, primos y sobrina por haber depositado toda su fe en mí, porque nunca dejaron de creer en lo que era capaz de lograr y me enseñaron que no existen límites para obtener lo que me proponga, gracias por sus oraciones.

Le agradezco a mi tutor, Dr. Eddy Dávila y asesor metodológico, Dr. Eladio Meléndez por haberme brindado su tiempo, conocimientos y la confianza para desarrollar dicho trabajo.

A mis docentes, doctores y cada una de las personas que aportaron en mi formación e inculcaron en mí el valor de la humildad.

A mis amigos por haber sido parte de este largo camino, por su complicidad y brindarme ánimos para seguir adelante en los momentos difíciles, siempre quedarán los recuerdos.

A todos gracias por sus consejos, apoyo, ánimos y compañía en los momentos de dificultad, por fomentar en mí el deseo de superación, sin ustedes nada de esto sería posible.

Con todo mi cariño Gabby.

## ***OPINIÓN DEL TUTOR***

El estudio “**Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre Hemorragia Postparto que Tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, II Semestre 2014**” realizado por la Bra. Gabriela María Mendoza Hernández constituye una importante contribución para evaluar la calidad de las intervenciones para la prevención y manejo de una las principales causas de morbi-mortalidad materna tanto a nivel regional como nacional.

El estudio evalúa los conocimientos, actitudes y prácticas basadas en la Normativa 109 del Ministerio de Salud (Managua, Abril 2013), *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas*, encontrando que el 45.2% de los participantes han sido capacitados en prevención y manejo de la Hemorragia Post Parto, de ellos un 66.7% ha atendido de 1 a 5 casos de pacientes que presentaron HPP.

Al evaluar el nivel de conocimiento que tiene el personal médico y de enfermería se encontró que éste era suficiente en 81.9% (34), conocimiento regular en 7.1%. El estudio demuestra que el 83.3% (35) del personal estudiado, cuenta con una actitud favorable para prevenir y tratar la Hemorragia Post Parto. Encontrando actitudes desfavorables en 9.5% de los encuestados. Al investigar las actividades prácticas de médicos y de enfermeras hay un predominio del 97.6% (41) en la realización de las actividades de manera no adecuada para prevenir y manejar la HPP, según la repuesta obtenida de los participantes.

Basado en la evidencia existen brechas en la realización de las prácticas de prevención y manejo de HPP, lo cual debería de ser tomado en cuenta por las autoridades de la Institución, para implementar medidas a partir de las conclusiones de dicho estudio que permitan mejorar el actuar del personal médico y de enfermería ante una Hemorragia Post Parto.

***Dr. Eddy Dávila***  
*Médico Gineco-Obstetra*  
*Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe*

## **RESUMEN**

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. La Hemorragia Post Parto (HPP) está dentro de las cinco causas principales de mortalidad materna. En los países en vías de desarrollo, el riesgo de muerte de la madre por HPP es de aproximadamente una en 1000 partos. La mayor parte de muertes maternas por HPP son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), intervenciones quirúrgicas, así como, las transfusiones sanguíneas.

En el departamento de Jinotepe – Carazo, la Razón de Muerte Materna para el año 2011 es de 76.8% por encima de la media nacional y es conocido que la HPP es una de las principales causas de fallecimiento. (Nicaragua, 2012) En el año 2013 y en el 2014 la cantidad de padecimiento de esta patología fue 39 casos y en éste último en curso van 19 casos, la principal razón ha sido por Hipotonía Uterina.

Según el Plan Nacional a cumplirse en el 2015, ha sido prioridad disminuir las muertes maternas que se conocen que están espensa a la HPP y aunque el MINSA ha logrado reducirlas no es suficiente para cumplir con las metas. Como la HPP es un evento que rápidamente se establece y el desenlace se da en corto tiempo debemos tener un equipo de salud que atienda el parto en función de prevenir y manejarla adecuadamente.

Con este estudio pretendo determinar el conocimiento, la actitud y prácticas sobre la HPP que tiene el personal médico y de enfermería del servicio de ginecobstetricia en el segundo semestre del 2014. El estudio que se realizó es descriptivo de corte transversal, donde se entrevistaron a 42 recursos entre ellos médicos en formación (internos y pre-internos), médicos ginecobstetras, como a personal de enfermería (obstetras y licenciadas).

Se aplicó un instrumento elaborado ineditamente constituido sobre lo que el personal de salud debe saber según lo señalado en la norma de aplicación para tratar las complicaciones obstetricas (Normativa-109), el instrumento contenía elementos sobre las características de los participantes, el conocimiento sobre lo que corresponde a la HPP, de igual manera las preguntas de actitud y prácticas pero establecidas de forma que investigara la actitud

afectiva, cognocitiva y conductual. La práctica se relaciona a una repuesta especifica de señalar. Al final en el analisis ultimo obtendremos el nivel de conocimiento y la actitud en base a si éste es favorable o desfavorable; en cuanto a la práctica, identificamos si es adecuada o inadecuado para prevenir y tratar la HPP.

En los resultados encontrados el 50.0% de los participantes según su profesión eran médicos internos en formación. El 45.2% han recibido capacitación en prevención HPP el 54.8% se informan frecuentemente y señalan el 90.5% que han recibido información sobre este tema de parte de médicos Gineco-Obstetras. El modo más frecuente de obtener información dijeron el 52.5% que es mediante medios escritos documentados.

Al evaluar el índice sumatorio el nivel de conocimiento que tiene el personal médico y de enfermería es predominantemente suficiente en 81.9% (34) encontrando conocimiento regular en 7.1% de los médicos internos y pre internos y en el 14.3% de los que señalaron tener menos de 1 año de laborar en atención obstétrica. El índice sumatorio de la actitud 83.3% (35) del personal estudiado, demuestra que es favorable para prevenir y tratar la HPP. Encontrando actitudes desfavorables en 9.5% de los encuestados.

Al investigar de manera sumatoria las actividades prácticas de médicos y de enfermeras hay un predominio del 97.6% (41) en la realización de las actividades para prevenir y manejar la HPP, lo cual se traduce en inadecuadas según la repuesta obtenida de los participantes.

*Conclusión: Se limitan los resultados obtenidos sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de la prevención y el manejo de la HPP por falta de voluntariedad en la participación de la mayoría de los médicos pre internos y parte de los médicos internos. Se observa disociación entre el nivel de la práctica inadecuada del 97% de los participantes con el nivel de conocimiento y actitud que fue notoria en el 83.0% el cual era suficiente y favorable respectivamente*



## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. La Hemorragia Post Parto está dentro de las cinco causas principales de mortalidad materna, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Alrededor de medio millón de mujeres mueren anualmente en todo el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. (Ministerio de Salud, Abril 2013)

Aproximadamente un cuarto de estas muertes son por causas de complicaciones del alumbramiento, es decir, hemorragia dentro de las primeras 24 horas después del parto. En los países en vías de desarrollo, el Riesgo de Muerte de la Madre por HPP es de aproximadamente una en 1000 partos. En el Reino Unido, el riesgo de muerte por hemorragia obstétrica es aproximadamente de una en 100,000 partos. (Ministerio de Salud, Abril 2013)

Según datos de United Nations Population Fund (UNFPA), a partir de 1990, disminuyó en un 42% la mortalidad materna a escala mundial, desde más de 543.000 defunciones anuales en 1990 hasta 287.000 en 2010, esto gracias a los beneficios adquiridos por los Objetivos del Milenio (ODM). Aun cuando este progreso es alentador, debe interpretarse como un llamamiento a intensificar las acciones, dado que queda poco tiempo hasta que se cumpla en 2015 el plazo para alcanzar éstos mismos, es necesario que la tasa de progreso anual se duplique con creces para poder alcanzar mejor salud materna y reproductiva. (Sandoval & Pérez Olivo, 2013)

La mayor parte de muertes maternas por HPP son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP) intervenciones quirúrgicas, así como, las transfusiones sanguíneas. (USAID, 2012)

En Nicaragua, el número de mujeres fallecidas por complicaciones del embarazo y el parto ha disminuido notablemente en los últimos cinco años. Esto es el resultado de estrategias

exitosas, tales como el control pre-natal, el incremento del parto institucional, la adecuación cultural del parto, la utilización de las casas maternas, la identificación de los signos de peligro, la provisión de cuidados obstétricos esenciales, la atención del puerperio. Sin embargo 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 ya que ocupa el 20.8% de los casos de mortalidad materna.

En el departamento de Jinotepe – Carazo la Razón de Muerte Materna para el año 2011 es de 76.8% por encima de la media nacional y es conocido que la HPP es una de las principales causa de fallecimiento. (Nicaragua, 2012) En el año 2013 y en el 2014 la cantidad de padecimiento de esta patología fue de 39 casos y en éste último en curso van 19 la principal razón ha sido por Hipotonía Uterina. (Carazo, 2014).

## II. ANTECEDENTES

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

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

Así mismo se trabajó junto a las normas y protocolos, herramientas para la vigilancia y monitoreo continuo de la calidad un estudio cuasi experimental ante-después de los años 2005 y 2010 (pretest-postest) sin controles.

Los criterios que se utilizaron para seleccionar al personal que participó en la evaluación del 2010 fueron: que el personal estuviese laborando en el área de atención a la madre

durante el embarazo, parto, puerperio, recién nacido y además que atendiera las complicaciones que se derivan en cualquiera de estos eventos tanto de la madre como del recién nacido.

A nivel de hospitales la muestra fue de 30 recursos médicos y de enfermería, que laboraran en las salas de emergencias, obstetricia y neonatología. A nivel de los municipios la muestra fue de 10 recursos médicos y de enfermería. Participaron un total de 260 recursos de salud (156 médicos y 104 enfermeras) de siete hospitales y 12 municipios. Para el año 2005 el total de recursos participantes fue de 429 recursos (314 médicos y 115 enfermeras) en estas mismas unidades, la muestra fue mayor, debido a que en la encuesta de conocimientos se aplicó a dos terceras partes del personal que laboraba en el área de gineco-obstetricia y pediatría. Los escenarios cuyos resultados se encuentran por encima del promedio global 78.5% fueron MATEP, extracción manual de la placenta.

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

Narváez, E (HBCR y HFVP Managua, 2007) realizó un estudio de utilización de medicamentos para describir la atención del parto antes y después de elaborar e implementar la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Manejo de la Hemorragia Post Parto en 683 de estos eventos, la edad promedio fue de 22 años, encontrando en ambos hospitales mayor frecuencia en adolescentes y primigestas. En el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque (HBCR) el 10.4% presentó Ruptura Prematura de Membranas (RPM) y la principal causa específica de HPP fue la hipotonía uterina (11.9%). En el Hospital Fernando Velez Paiz (HFVP), la principal causa de HPP fue RPM con un 20.5%, seguido de atonía uterina con 16.7%. (Narváez Delgado, 2007)

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

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

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

Ortega S y Dávila S (HAN, 2013) estudiaron los factores relacionados con los 34 casos (0.25% del total de 13,733 partos) atendidos de HPP en el servicio de Gineco-Obstetricia en

el bienio 2011-2012. La paciente típica tiene entre 20-35 años, es mestiza (100%), de procedencia urbana (100).

Las patologías del embarazo, parto y puerperio reportadas fueron Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) e Infección de Vías 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 HPP fueron hipotonía uterina (53%), desgarros (18%), retención placentaria (6%), acretismo placentario (3%) y otras causas (20%). El 91% presentó anemia secundaria a la hemorragia.

En cuanto a calidad de la atención, sólo la mitad tiene exámenes clínicos y de laboratorio completos, se reportó consejería de planificación familiar (100%), uso de analgésicos (97%), uso de antibióticos (94%), extracción completa de placenta (84%), transfusiones (84%), evaluación del partograma (68%), uso de oxitócicos (62%), inducción del parto (50%, principalmente por hipodinamia), episiotomía (41%), cesárea (18%), uso de corticoides (7%). Todos los casos fueron atendidos por médico general. Con respecto a la calidad de llenado fue inadecuada para los antecedentes de la gestación actual (18%), antecedentes obstétricos (11%), admisión del parto (9%) y para el resto de las secciones: enfermedades maternas, consejería, antecedentes personales e identificación (3% cada una). (S., 2013)

### **Antecedentes de HPP en Carazo.**

En el departamento a estudiar, Carazo, se observa una tendencia a la reducción de la RMM pasando de 87.2 a 78.8 defunciones por 100,000 nacidos vivos en el quinquenio 2006-2011, sin embargo la cifra aún es superior a la media nacional.

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

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

La evaluación del cumplimiento del protocolo de manejo y criterios de las normas terapéuticas publicadas por el MINSA en 2006 es alta, indica un buen cumplimiento (86%) e identifica brechas de calidad en aspectos específicos. Referente a los criterios de control y seguimiento posterior al evento obstétrico de las pacientes, no todos los criterios se cumplieron en 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 el 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%). (X., 2013)

### III. JUSTIFICACIÓN

La cifras de muertes maternas continua a expensa de la HPP producto que las cifras de fecundada no descienden la atención a los servicio de salud aun sigue demostrando debilidades claras como el acceso o bien el desconocimiento y aplicación correctamente de las normas y los protocolos a la atención de la embarazada, parto y puerperio. Aun esta por verse el cumplimiento del Plan Nacional de Salud para el 2015 (Ministerio de Salud, 2008) donde se esperan cifras de reducción que durante 10 años han sido difíciles de alcanzar.

Si bien el país ha realizado importantes avances en materia de reducción de las muertes maternas, estimándose un 30% de reducción en los últimos 6 años (MINSA, 2012), la HPP continúa siendo el componente más importante de la mortalidad materna.

La mayor parte de las muertes maternas son evitables pero lógicamente con acciones encaminadas a mejorar las cifras cada año, con intervenciones específicas que cada SILAIS y unidad hospitalaria logre realizar. Debe evaluarse de manera periódica y sistemáticamente el desempeño de los trabajadores de la salud, situación que no es muy notoria en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe - Carazo.

Por tanto, el presente estudio pretende identificar el nivel de conocimiento, la actitud y prácticas sobre la prevención y el manejo de la HPP para determinar acciones que modifiquen y mejoren el actuar del personal de salud. Todo esto conllevará a disminuir en gran medida los casos de morbi-mortalidad materna por dicha causa.



## **VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre HPP que tiene el personal médico y enfermería del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, en el II semestre 2014?*

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General.**

Evaluar los conocimientos actitudes y prácticas sobre la Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, durante el segundo semestre del 2014.

### **5.2 Objetivos Específicos.**

1. Caracterizar al personal entrevistado que participo en el estudio.
2. Identificar los elementos de la información y el conocimiento sobre HPP.
3. Determinar la actitud ante la HPP que puede presentar el personal entrevistado.
4. Reconocer la práctica frecuente ante HPP que realiza el personal entrevistado.

## **VI. MARCO TEÓRICO**

Una mujer afectada por HPP puede fallecer rápidamente (generalmente durante las dos primeras horas) a menos que reciba atención médica inmediata y adecuada. Cada minuto de demora, aumenta las probabilidades de muerte. (Projects, 2006)

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

### **6.1 Definición.**

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

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

### **6.2 Etiología.**

(Schwarcz-Sala-Duverges, 2005) Después del parto el útero se adapta a la reducción del volumen, retrayéndose sobre la placenta. Como ésta carece de esa propiedad, se establece una desproporción con aquél, la que pone en tensión las vellosidades coriales para separarlas luego. Simultáneamente, las contracciones del útero favorecen esta separación hasta que la completan, con el consiguiente descenso de la placenta a la vagina. Después

del desprendimiento el útero realiza la hemostasia de la herida, gracias a que se retrae aún más, a que las contracciones continúan su acción comprimiendo los vasos y a que éstos se ocluyen por la formación de trombos. (Projects, 2006)

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

### ETIOLOGÍA DE LA HPP

Cuatro Pilares	Causas
<b>Alteración del Tono Uterino (Hipotonía, Atonía Uterina)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobredistensión uterina.</li> <li>Agotamiento de la musculatura uterina.</li> <li>Infección, corioamnionitis.</li> <li>Anomalía uterina.</li> <li>Fármacos útero-relajantes.</li> </ul>
<b>Trauma (20%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laceración cervico-vaginal.</li> <li>Prolongación de la histerotomía en la cesárea.</li> <li>Ruptura uterina</li> <li>Inversión uterina</li> </ul>
<b>Retención de Restos Post Parto (10%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retención de restos (placenta, membranas).</li> <li>Alumbramiento incompleto.</li> </ul>
<b>Alteración de la Coagulación (Trombina)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones de la coagulación preexistentes.</li> <li>Alteración adquirida durante la gestación.</li> </ul>

### **6.3 Fisiopatología de la Atonía Uterina Post-alumbramiento.**

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

#### **1. Factores Etiológicos:**

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

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

**B.** Anillos de Contracción, los cuales se deben a la contractura de una zona circular del útero (en un cuerno, en todo el segmento inferior o abarcando la zona que constituye el límite entre éste y el cuerpo) quedando la placenta retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, lo cual impide que el útero se contraiga y comprima los vasos abiertos.

**C.** Distocias Anatómicas o Adherencia Anormal de la Placenta: la placenta de implanta sobre una decidua basal defectuosa o ausente, por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina; así, se establecen entre la placenta y el miometrio fuertes puentes conjuntivos, y no existe el plano de clivaje formado por la decidua, el cual es necesario para que la separación se produzca normalmente, la hemorragia se genera al quedar vasos abiertos sobre el sector penetrante de placenta que queda sin desprenderse. Este proceso puede abarcar de forma total o parcial los sectores de implantación de la

placenta. En cuanto al grado de penetración de las vellosidades, éste condiciona 3 variedades de adherencia:

- a) Placenta Accreta: cuando las vellosidades están firmemente adheridas al miometrio sin penetrar en él.
- b) Placenta Increta: cuando las vellosidades se introducen en el miometrio pero no lo atraviesan.
- c) Placenta Percreta: cuando las vellosidades atraviesan el miometrio y llegan hasta la capa serosa.

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

#### **6.4 Clasificación.**

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

## 6.5 Factores de Riesgo.

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

1. TONO (atonía).
2. TRAUMA (desgarros y laceraciones).
3. TEJIDO (retención de restos).
4. TROMBINA (alteraciones de la coagulación).

<b>FACTORES DE RIESGO DE HPP</b>			
<b>Tono Uterino</b>	<b>Trauma en el Músculo Uterino</b>	<b>Tejido</b>	<b>Alteraciones de la Coagulación</b>
<b>Polihidramnios</b> <b>Malformaciones fetales.</b> <b>Hidrocefalia</b> <b>Parto prolongado o precipitado.</b> <b>Multiparidad</b> <b>RPM prolongada.</b> <b>Fiebre</b> <b>Miomas uterinos</b> <b>Placenta previa</b> <b>Betamiméticos,</b> <b>Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.</b>	Parto instrumentado Parto precipitado Episiotomía Malposición fetal Manipulación intrauterina fetal. Presentación en plano de Hodge avanzado. Cirugía uterina previa Parto Obstruido Placenta fúndica Tracción excesiva del cordón. Paridad elevada	Cirugía uterina previa. Anomalías placentarias (placenta succenturiata, cotiledón accesorio).	Hemofilia Hipofibrinogenemia Antecedentes familiares de coagulopatías. Púrpura Trombocitopénica Idiopática. Síndrome de HELLP Coagulación Intravascular Diseminada (CID) Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI). Embolia líquida amniótica.

## 6.6 Manifestaciones Clínicas de la HPP.

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
<b>HPP inmediata</b> <b>Útero blando y no retraído</b>	Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	(70%) Causas: Anomalia de la contractilidad
<b>HPP inmediata</b>	Placenta íntegra Útero contraído	Desgarro del cuello uterino, vagina o periné	(20%) Causas: Traumáticas
<b>No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal</b> <b>Dolor intenso</b>	Inversión uterina visible en la vulva HPP inmediata	Inversión uterina	
<b>Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura)</b> <b>HPP inmediata (el sangrado es intrabdominal y/o vaginal)</b>	Abdomen doloroso: Shock, taquicardia No se expulsa la placenta	Ruptura uterina	
<b>No se expulsa la placenta dentro de los 15 min después del parto con manejo activo y 30 min con alumbramiento espontáneo</b>	Útero contraído	Retención de restos placentarios	(10%) Causas: Retención de productos de la gestación
<b>Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas</b>	HPP inmediata Útero contraído		
<b>Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto</b> <b>Útero más blando y más grande que lo provisto según el tiempo transcurrido desde el parto</b>	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia		
<b>Sangrado no cede a medidas anteriores</b>	Prueba de coagulación junto a	Alteración de la coagulación	Alteración de la coagulación



<p><b>Sangrado en sitios de punción</b> <b>No formación de coágulos sanguíneos</b></p>	<p>la cama Fibrinógeno &lt;100 mg/dl Plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados</p>		
--	---	--	--

## 6.7 Métodos Diagnósticos.

1. Biometría hemática completa.
2. Tipo y RH.
3. Tiempo de sangría.
4. Tiempo de coagulación.
5. Tiempo parcial de tromboplastina (TPT).
6. Tiempo de protrombina (TP).
7. Recuento de plaquetas.
8. Glucemia.
9. Urea.
10. Creatinina.
11. Fibrinógeno.
12. Prueba de coagulación junto a la cama.

- **Prueba de Coagulación Junto a la Cama.**

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

1. Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo de vidrio pequeño, limpio y sin anticoagulante (aproximadamente 10 mm x 75 mm).
2. Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ( $\pm 37^{\circ}\text{C}$ ).

3. Después de 4 minutos, incline el tubo lentamente para ver si se está formando un coágulo. Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que los coágulos sanguíneos y el tubo se puedan poner boca abajo.
4. La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.

## **6.8 Tratamiento y Manejo General.**

### **➤ PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:**

#### **A. Durante la Atención Prenatal.**

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

#### **B. Durante el Parto:**

##### **Prevención de la hemorragia post parto.**

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud del primer o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien la hemorragia post parto deben recibir atención que incluya Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP).

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

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

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

- **Tensión controlada del cordón umbilical.**

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

- Tensione con una mano de manera controlada y firme el cordón umbilical pinzado en el momento de la contracción uterina, evaluando continuamente el grado de adherencia de la placenta a la pared uterina.
- Con la otra mano explore el abdomen y ejerza contra-tracción del cuerpo uterino y determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si este no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga

firme el útero y ejerza contra-tracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.

- Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).
- Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la Oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).
- Si a los quince minutos de aplicada la Oxitocina IM no se ha desprendido ni expulsado la placenta considerar una retención de placenta.
- Nunca aplique tensión al cordón umbilical sin determinar la contracción uterina por encima del pubis con la otra mano.
- Una vez expulsada la placenta, ayude al nacimiento de las membranas, permitiendo que el peso de la placenta por gravedad efectúe tracción sobre las membranas o realice rotación de la placenta sobre las membranas que permitan su desprendimiento y expulsión. (**Maniobra de Dublín**).
- Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del Globo de Seguridad de Pinard (GSP). Debe orientarse a la paciente a fin de que continúe practicándose el masaje uterino.

### **C. Durante la hemorragia post-parto:**

#### ➤ **Primer Nivel de Atención**

- Pedir ayuda para dar una atención de equipo.
- Canalizar 2 vías con bránula No. 14 o 16.
- Colocar Sonda Foley, (una vejiga llena puede ser por sí sola causa de una atonía uterina).

- Administrar líquidos IV a base de cristaloides, como Solución Salina Normal (SSN) 0.9% o Lactato de Ringer 1000 a 2000 ml a goteo rápido para reponer la volemia perdida.
- Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución.
- Identificar las causas de la HPP.

➤ **Segundo Nivel de Atención**

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

- Mantener a la paciente normo-térmica con las medidas disponibles.
- Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).
- Posición de Trendelemburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).
- Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. Recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.
- Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 unidades de Paquete Globular de grupo O Rh negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.
- Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusión de Paquete Globular, hay que transfundir 4 unidades de plasma fresco congelado (PFC).
- En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal.
- Realizar pruebas de Biometría Hemática Completa (BHC), plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
- Por cada 6unds de paquete globular transfundir 4 unidades de PFC cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).

- Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada 10 kg de peso corporal.
- Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.
- Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
- Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica más la sistólica entre 3).
- Antibioticoterapia en todos los casos de HPP: Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

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

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

**6.9 Tratamiento y Manejo de HPP por Atonía Uterina.**

- Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitócina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si el sangrado continua administrar Ergonovina a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. Si aún el sangrado continúa agregar Misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.
- Masaje uterino continuo.
- Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
- Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia.

➤ **Uso de Medicamentos Oxitócicos.**

	<b>OXITOCINA</b>	<b>ERGONOVINA METILERGONOVINA</b>	<b>MISOPROSTOL</b>
<b>Dosis y Vía de Administración</b>	IV: Infunda 20 unidades en 1000ml SSN 0.9% a 60 gotas por minuto  IM: 10 a 20 unidades, en HPP de 20 a 40 unidades	IM o IV (lentamente): 0.2 mg	400 a 600 mcg: vía oral, sublingual o rectal
<b>Dosis Continua</b>	IV: Infunda 20 unidades en 1000 ml de líquidos IV a 40 gotas por minuto	Repita 0.2 mg IM después de 15 minutos.  Si se requiere, administre 0.2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas	Única dosis
<b>Dosis Máxima</b>	No más de 3000ml de líquidos IV que contengan Oxitocina	5 dosis (total 1.0 mg)	600 mcg. (Vía oral o sublingual)
<b>Precauciones Contraindicaciones</b>	No administre en bolo IV	Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía. No administre en bolo IV.	Asma

➤ **Maniobra para el Control del Sangrado Uterino.**

• **COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO.**

**A. Preparación Del Personal.**

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

**B. Actividades Previas**

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

**C. 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.

**D. Procedimiento Inicial**

- Observe si hay signos de shock.
- Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
- Coloque una vía segura y pasar Solución Salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).



- Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
- Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

- **COMPRESION DE LA AORTA ABDOMINAL**

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

- **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA HPP POR ATONÍA UTERINA.**

Procedimiento	Ventajas	Desventajas	Comentarios
Ligadura de arterias uterinas uni o bilateral	Conserva fertilidad Muy aplicable Menos riesgo Más rápida	Poco realizada	Eficiencia: 35% (unilateral) 75% (bilateral)
Ligadura del ligamento utero-ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada	Se realiza de forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe
Ligadura de las arterias hipogastricas	Conserva la fertilidad	Poco realizada Más difícil de realizar, requiere mayor tiempo y presenta mayor riesgo de complicaciones (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter)	Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo. La ligadura doble debe realizarse a 2.5cm distal de la bifurcación de la arteria ilíaca
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero
Histerectomía Subtotal	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales
Histerectomía Total	Muy conocida	No conserva la fertilidad Más difícil que la anterior	Puede ser la mejor opción para los casos de Acretismo Placentario o Desgarros Altos del Cérvix

## 6.10 Manejo del Desgarro Vulvo-Perineal, Vaginal o Cervical.

- **REPARACIÓN DE LOS DESGARROS DEL CUELLO UTERINO.**

- Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en shock) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución Salina Normal o Lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Si la mujer está en shock, evite utilizar sustitutos del plasma (por ejemplo dextrano) No hay evidencia que sean superiores a los cristaloides y en dosis elevada pueden ser dañinos.
- Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino.
- Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos. Realice el procedimiento bajo anestesia o sedación.
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de ojo. Aplique las pinzas en ambos lados del desgarro y hale suavemente en diversas direcciones con objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Pueden haber varios desgarros.
- Cierre los desgarros del cuello uterino con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarro), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado.
- Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada, refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre. Luego:
  - 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.
- 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.

Cabe señalar que se deben usar 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 alérgicas y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no es lo ideal.

- **REPARACION 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 aun 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, colocando un dedo enguantado en el ano, levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter y 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.

Es importante que en caso de 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 pro-fundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.

Se debe aspirar (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína. Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.

Coloque el anestésico tempranamente para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.

- Comience la reparación cerca de 1 cm. por encima del ápice (parte superior) del desgarro vaginal.
- Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal.
- En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal.
- Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través del desgarro perineal y anude.

Repare los músculos perineales utilizando suturas con puntos separados 2-0. Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.

Repare la piel utilizando puntos separados (o subcuticulares) 2-0, comenzando en la abertura vaginal.

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

- **REPARACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES DE TERCERO 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).

- 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 fondo 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.

Debe recordar suturar 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.

- **REPARACIÓN DEL ESFÍNTER.**

- 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 durante 2 semanas.
- Administre un ablandador de heces vía oral durante 1 semana, si fuera posible.

### **Tratamiento De Los Casos Contaminados**

Un desgarró 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 desgarró de primero y segundo grado, deje la herida abierta.

En el caso de desgarró 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 y la mucosa vaginal y la piel perineal 6 días más tarde previa resección y reactivación de los bordes.

- **COMPLICACIONES**

- Si se observa un hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida.
- Si hay signos de infección, abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y desbride la herida:

Si la infección es leve, no se requiere antibióticos.

Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos:

Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días.

Más Metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.

Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fasciitis necrotizante), administre una combinación de antibióticos 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 5 días.

Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.

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

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

### **6.11 Manejo de la Ruptura Uterina.**

Se debe realizar laparotomía exploradora con el objetivo de suturar el útero de ser bien identificable los bordes, de no serlo así, histerectomía.

- **Primer Nivel de Atención.**

De la comunidad o ya sea del puesto o centro de salud referirla a la unidad con capacidad resolutive (**COE completo**).

- N.P.O.
- Antibiótico como tratamiento.
- Canalice dos venas con bránula No.16 afin de administrar (cristaloides). Según estado hemodinámico de la paciente o signos de choque hipovolémico maneje según protocolo de shock hemorrágico de origen obstétrico.
- Oxigenoterapia 5-7l/ml por cánulas nasal o con máscara con reservorio a 12–15 l/min.
- Sonda foley vigilar diuresis horaria.
- Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal.
- Durante el traslado, mantenga la vía intravenosa permeable y en posición de Trendelenburg, que puede modificarse a decúbito lateral izquierdo, sobre todo si el feto está vivo.
- Reportar el traslado a la unidad de salud del nivel de mayor resolución.

Identificar pacientes con riesgo de rotura uterina, hacer uso controlado y supervisado de fármacos oxitócicos durante el trabajo de parto, dejando evidencia por escrito en el partograma.

- **Segundo Nivel de Atención:**

- Canalice dos venas con bránulas de mayor calibre disponible, administre solución Ringer o Solución Salina Normal 0.9%, 1000 ml a 40 o 60 gotas por minuto según evaluación clínica.
  - Transfundir paquete globular según evaluación y sea necesario.
  - Administrar oxígeno, a 6 ú 8 litros por minuto por mascarilla nasal. o con máscara con reservorio a 12 – 15 l/min.
  - Sonda Foley No 18 y vigile diuresis horaria, (lo normal es esperar más de 35 ml por hora).
  - Tomar muestras de sangre para exámenes de laboratorio básicos (Biometría Hemática Completa, Grupo y Rh. Glucosa, Creatinina, Nitrógeno de Urea) y exámenes especiales como pruebas de coagulación sanguínea (Tiempo Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, Recuento de Plaquetas, Fibrinógeno, Tiempo de Sangría, Tiempo de Coagulación).
- Informar a la paciente y familiares sobre el estado, riesgos y la conducta terapéutica a seguir.
- Realizar cirugía de urgencia.

- **En caso de inminencia de ruptura uterina**

- Practique operación cesárea, para extraer el feto.
- Una vez extraído el feto y la placenta, valorar el estado del útero y si hay contractilidad uterina e infiltración hemática en el útero. Para manejo conservador.

- **En caso de ruptura uterina consumada**

Ruptura uterina parcial, total y complicada.

- Practique laparotomía exploradora.
- Una vez extraído el feto, la placenta y las membranas ovulares valorar el estado del útero, si hay contractilidad uterina, si la ruptura y los desgarros no están necróticos y es posible resecar los bordes y suturar el útero, es mejor hacerlo (esto implica menos tiempo quirúrgico y menos pérdidas que una histerectomía) y al mismo tiempo individualizar cada caso, evalúe, las condiciones de riesgo para futuros embarazos o paridad satisfecha para practicar esterilización quirúrgica.
- Si el útero no se puede reparar, realice una histerectomía abdominal total o subtotal, especialmente si hay desgarros del segmento que se prolongan a través del cuello uterino y de la vagina.
  - **Laparotomía Exploradora. (Condiciones para el manejo quirúrgico):**
- Herida uterina es de bordes regulares, sin infiltrados sanguíneos y de una extensión tal que pueda suponerse que la morfología y la fisiología uterina no queden grandemente afectadas, se procederá a la reconstrucción con la técnica habitual para el cierre de la pared uterina en la operación cesárea. Previamente se facilitará el avenamiento del útero por la colocación de gasa exteriorizando su extremo por la vagina.
- Herida es irregular, pero que se vea que fácilmente puede regularizarse quitando los infiltrados sanguíneos, así como las partes mortificadas de los bordes, hecho esto se procederá a la sutura.
- La histerectomía estará indicada cuando la extensión de la herida y sus infiltrados sean de tal consideración que quede el peligro latente de la ruptura uterina.

### **6.12 Manejo de la Inversión Uterina.**

**Su restitución debe hacerse de inmediato**, bajo sedación o anestesia general y/o regional el cual es un relajante de la musculatura uterina, con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Jhonson).

Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica del útero mediante Maniobra de Huntington o la Maniobra de Haultani.

- **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 DE LA INVERSIÓN UTERINA.**

- 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, extraígalas manualmente después de la corrección.
- 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, extraígalas 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. O

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.

### **6.13 Retención de Placenta.**

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

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

- **RETENCIÓN DE PLACENTA**

**(No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo):**

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

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

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

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

- **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 y evitar una muerte materna.

- **Indicaciones**

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

- **Contraindicaciones**

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

- **Complicaciones**

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

- **Condiciones para el procedimiento**

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



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

Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.

Use una bata con mangas largas.

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

- **ELEMENTOS CLAVES PARA EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA.**

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

- **Analgesia**

Asepsia y antisepsia local.

Diazepam 10 mg IV. lentamente.

- **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
- 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 la pared uterina.
- Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.
- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta.
- Con la otra mano, continúe aplicando contratracción al fondo del útero,

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

- **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.

- **Atención después del procedimiento**

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

### **6.14 Manejo de 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.

#### ➤ **Primer Nivel de Atención**

Administre primera dosis de Antibióticos (Clindamicina 900mg intravenosa cada 8 horas + Gentamicina 5 mg/kg/día Intravenosa o ceftriaxona 2gr/día mas metronidazol 500mg intravenosa dosis inicial).

#### ➤ **Segundo Nivel de Atención**

- **I esquema de antibióticos:** Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (O metronidazol IV) + Gentamicina 5 mg /kg /día IV. O
- **II esquema de antibióticos:** Ceftriazona 1 gr IV cada 12 horas + metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- **III esquema de antibioticoterapia:** Ampicilina Sulbactam 3 gramos IV cada 6 horas + Gentamicina 1,7 mg/k/dosis cada 8-12 horas + Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.
- **IV esquema de antibioticoterapia:** Imipenen 500 mg cada 6 horas o Meropenen 1 gr IV cada 8 hrs mas Amikacina a 15mg/kg/día.

Considerar el uso de otros antibióticos de acuerdo a la evolución clínica del paciente, resultados de cultivos y perfil bacteriológico del establecimiento de salud.

### **6.15 Trastornos De La Coagulación.**

- Tratar la enfermedad subyacente si la hay.
- Uso de Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, como medida ideal. Si no se cuenta con Crioprecipitado, iniciar transfusión de Plasma Fresco Congelado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, lo que incrementa el fibrinógeno en 10 mg/dl por cada unidad.

- Mantener el recuento plaquetario mayor de 50,000 (Recordar que 1 unidad plaquetaria aumenta en por lo menos 5,000 plaquetas).
- Mantener hematocrito en 30% (cada unidad de paquete globular aumenta en 3% el hematocrito).
- Realizar interconsulta con Medicina Interna.

### **6.16 Uso de Oxitócina.**

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

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

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

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

- **Presentación:**

Solución inyectable de 10 UI en ampolla de 1 ml.

- **Indicaciones:**

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

- **Contraindicaciones:**

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

- **Precauciones:**

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

- **Dosificación:**

- Prevención de la HPP (MATEP): IM, 10 UI al momento de la expulsión del hombro anterior o inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de

otro bebé y antes de la salida de la placenta. Si la paciente está canalizada administrar más bien IV, 5 UI lenta en vez de la vía IM.

- Tratamiento de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (postparto): administrar 500 ml de SSN al 0.9% IV más 2 UI de oxitócina, a 2 miliUI por minuto, modificar cada 30 min, según respuesta.
- Tratamiento de hemorragia en la primera mitad del embarazo (postparto):
  - Si el embarazo es menor de 12 semanas, la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado: administrar 20 UI en 500 ml de SSN al 0.9% a 40 gotas por min y modificar según respuesta.
  - Si el embarazo es mayor de 12 semanas: administrar 40 UI en 1000 ml de SSN al 0.9% o Ringer, iniciando a 40 gotas por min, modificar la concentración según respuesta hasta lograr la expulsión del producto.
- Inducción o conducción del parto: infusión IV, (no iniciar antes de 6 horas de administrado misoprostol) dosis inicial: 1 – 2 mUI/min, aumentando en 1 – 2 mUI/min a intervalos de 30 min, hasta un máximo de 3 – 4 contracciones en 10 min; velocidad máxima 2 mUI/min.

- **Efectos Adversos:**

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

### **6.17 Uso de Ergonovina.**

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

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

- **Presentación:**

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

La mayor parte de muertes maternas por HPP son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP) intervenciones quirúrgicas, así como, las transfusiones sanguíneas. (USAID, 2012)Prevenición o tratamiento de la HPP y postaborto, en situaciones de urgencia o cuando la oxitócina no está disponible.

- **Contraindicaciones:**

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

- **Precauciones:**

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

- **Dosificación:**

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



- **Efectos Adversos:**

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

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

## **6.18 Uso de Misoprostol.**

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

- **Presentación:**

Tableta de 200mcg, tableta de 25mcg.

- **Indicaciones:**

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

- **Contraindicaciones:**

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

- **Precauciones:**

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

- **Dosificación:**

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

- Inducción del parto: la OMS recomienda usar de preferencia la vía oral 25mcg PO cada 2 horas y como alternativa 25mcg vía vaginal cada 6 horas.
- Prevención de la HPP: 600mcg PO u 800mcg sublingual.
- Tratamiento de la HPP: 600mcg PO, sublingual o rectal según la condición de la paciente.
- Aborto:
  - Aborto en curso, inevitable o incompleto:
    - <12SG: 800mcg por vía vaginal.
    - 13 – 17SG: 200mcg por vía vaginal, repetir a las 4 horas si es necesario.
    - 18 – 26SG: 100mcg por vía vaginal, repetir a las 4 horas si es necesario.
  - Aborto frustrado, diferido o huevo muerto retenido y en el embarazo anaembriónico: 800mcg vía vaginal dosis única o 600mcg sublingual.
  - Aborto séptico, si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado: 400mcg PO, repetir a las 4 horas si es necesario.
  - Postlegrado: 400mcg rectal, repetir a las 4 horas si es necesario.

- **Efectos Adversos:**

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

### 6.19 Complicaciones.

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

### 6.20 Shock Hemorrágico.

Pérdida de volumen intravascular en todos o alguno de sus componentes (agua, electrolitos, proteínas, masa eritrocitaria) ocasionando una hipoperfusión tisular con acidosis. La gravedad del shock depende del déficit del volumen, de la velocidad de la pérdida, edad y estado pre-mórbido del paciente.

<b>Clínica</b>	<b>Shock Temprano</b>	<b>Shock Tardío</b>	<b>Shock Irreversible</b>
<b>Estado de Conciencia</b>	Alerta y ansiosa	Desorientada	Obnubilada, coma
<b>Piel</b>	Normal	Fría, pálida, cianosis	Cianótica, fría
<b>Taquipnea</b>	20 – 30 rpm	30 – 40 rpm	Mayor de 40 rpm
<b>Presión Sistólica</b>	Normal < 80mmHg	Menor de 60mmHg	Ausente
<b>Presión Diastólica</b>	Hipotensión Ortostática	Hipotensión Supina	No medible
<b>Frecuencia Cardíaca</b>	> 100 lpm	> 120 lpm	>= a 140 lpm
<b>Llenado Capilar</b>	1 – 2 seg	2 – 3 seg	> 3 seg
<b>Diuresis</b>	20 – 30 cc/hr	< 20 cc/hr	Ausente
<b>Pérdida Sanguínea</b>	15 – 30% (750 – 1500cc)	30 – 40% (1500 – 2000)	> 40% (>2000cc)
<b>Acidosis Metabólica</b>	No	Si	Si

### **6.21 Criterios de Traslado.**

Carencia de recursos humanos calificados.

Carencia de equipo e insumos médicos para la atención.

Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.

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

### **6.22 Criterios de Alta.**

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

## ***VII. DISEÑO METODOLÓGICO***

### **7.1 Tipo de estudio.**

Descriptivo de corte transversal.

### **7.2 Área de estudio.**

El estudio se realizó en el Hospital Escuela Regional de Santiago ubicado en el Municipio de Jinotepe Carazo es un altiplano situado a unos 600mts de altura al nivel del mar conocida como la meseta de los pueblo a 48km de Managua, con una población total de 189,482 habitantes. Precisamente en el servicio de Ginecobstetricia que cuenta con 31 cama entre ARO y Puerperio con una capacidad de atender mensualmente en promedio 80 a 150 mujeres.

### **7.3 Población de estudio.**

Compuesta por el personal médico y de enfermería que labora en el servicio en los diferentes turnos exceptuando la inclusión de los médicos internos o recurso en formación quienes ya habían rotado por el servicio de ginecobstetricia; en total hay 9 médicos Gineco-Obstetras, 39 médicos internos y 36 pre-internos que son recursos en formación. El personal de enfermería incluye 32 recursos, compuesto por enfermeras, participando al momento del estudio 5 Enfermeras Obstetras y 3 Licenciadas en Enfermería.

### **Muestra**

La muestra fue por conveniencia, se tomó a todo el personal que quisiera participar de maneras voluntaria, de los cuales 14 se estaban laborando en el servicio durante el periodo de estudio. La inclusión de los recursos en formación se debió al apoyo de la subdirección docente quien les oriento la participación voluntaria a 28 de estos con el interés de evaluar resultados de las capacitaciones que se han realizado en el año en curso. Por tanto el total fue de 42 participante.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

Se incluyó el personal profesional mencionado anteriormente que labora en dicho servicio en el momento del estudio independientemente de los años que tenga de laborar, que haya sido o no capacitado previamente, de ambos sexos de las diferentes edades y que

explicándoles la importancia del estudio así como la forma en que se tomara la información haya accedido a ser entrevistado.

**Exclusión:**

Se excluyeron los que no desearon participar o hayan desistido de llenar el cuestionario de pregunta que se les entrego y los que no cumplen con los criterios de inclusión.

**7.4 Operacionalización de variables:**

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento desde hasta la edad cumplida en años		Años	20 a 29 años 30 a 39 40 a 49 50 y +
Sexo	Evidencia fenotípica que caracteriza a un individuo y lo diferencia		Evidente	Masculino Femenino
Profesión	De acuerdo a nivel de certificación académica legalmente constituido		Según el entrevistado	Enfermeras Obstetras Licenciadas en enfermería Médicos Ginecobstetras Médicos Generales Médicos Interno Médicos Pre -internos
Tiempo de Laborar en atención obstétrica	El tiempo que el entrevistado refiera en año de estar trabajando en atenciones obstétrica		Años	Menos 1 año 2 a 5 5 a 10 Más 10
Capacitado en complicaciones obstétricas	Participación del individuo entrevistado en actividades docente de aprendizaje sobre la prevención y el		Numero por año	Ninguno 1 a 2 veces 3 y mas

	manejo de la HPP			
Número de veces que ha sido capacitado	Es el número de veces que un individuo participo en el proceso de aprendizaje sobre la prevención y manejo de HPP		Según lo referido por el entrevistado	Nunca 1 a 2 veces 3 a 5 Más de 5
Conocimiento sobre la Hemorragia Post parto	El conocimiento general que tienen los profesionales que laboran en la atención a la embarazadas y sobre todo en el manejo y prevención de la HPP	Conocen	Definición de HPP  La causa más frecuente de hemorragia postparto  La hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna en países en vías desarrollo.  La muerte por Hemorragia Post parto ocurren más frecuentemente en las primeras 4 hrs  La muerte materna por Hemorragia post parto en su mayoría son evitables.  Los Factores de riesgo para la Hemorragia Post parto tienen que ver con las 4 T  Sangrado leve que	Perdida Hemática en el parto y en la cesárea. + 500 c.c. en parto + 1000 c.c. en la cesárea  Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.  Si No  Si No  Si No  Si No

		<p>continua después 12 hrs del parto.</p> <p>Dolor Abdominal severo con o sin evidencia de sangrado transvaginal.</p> <p>No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo.</p> <p>Hemorragia post parto inmediata. Útero blando y no retraído.</p> <p>Sangrado en sitios de punción. No formación de coágulos sanguíneos y con las medidas para tratar la HPP no mejora</p> <p>No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso</p> <p>Una de las principales medida de la prevención de muerte por HPP es la identificación de factores de riesgo y posteriormente MATEP</p>	<p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Si No</p>
--	--	--	---



		<p>Los tres pasos de realizar en el MATEP son: aplicación de Útero tónico al momento de la salida del hombro, pinzamiento temprano del cordón, Tracción Controlada del Cordón</p> <p>Cuál de las siguientes actuaciones no se realiza ante una hemorragia postparto por atonía uterina</p> <p>La clasificación de pérdida de sangre 1ero Shock Compensado, 2do Shock leve, 3ero Shock Moderado y 4to Shock Severo.</p> <p>Para prevenir la HPP se aplica 10 UI IM de oxitocina después del alumbramiento</p> <p>La HPP según su causada por atonía uterina pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por</p>	<p>Si No</p> <p>Masaje uterino bimanual Reposición de la volemia. Administración i.m de metil-ergonovina (Methergin) con paciente hipotensa Administración de oxitocina en perfusión Taponamiento vaginal con gasas para frenar la hemorragia.</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	---	--

			<p>minuto o sea 40 miliunidades por minuto).</p> <p>Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas.</p> <p>El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre post parto</p>	<p>Si No</p> <p>Mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl Plaquetas mayores de 75,000. TP y TPT menor de 1.5 del control. Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.</p>
Actitud sobre la prevención y manejo de HPP	Conjunto de sentimientos que constituyen una predisposición favorable o desfavorable o tendencia hacia algo determinado en función de prevenir y tratar la HPP y sus complicaciones	<p>Aspectos cognoscitivos</p> <hr/> <p>Aspectos afectivos</p> <hr/> <p>Aspectos conductuales en relación que ayude a prevenir y manejar la HPP así como su complicaciones</p>	Grado de acuerdo	<p>Totalmente de acuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p> <p>En duda</p>
Prácticas para la prevención y manejo de la HPP	Son todas la medida que el personal de salud realiza para prevenir y manejar la hemorragia post parto.	Practica adecuadas	<p>Cuántas veces han tratado una HPP.</p> <p>En un parto normal como ayuda a extraer al recién nacido.</p>	<p>Nunca</p> <p>1 a 5 veces</p> <p>6 a 10</p> <p>+ de 10</p> <p>Maniobra que realizan de acuerdo a la profesión que</p>

			realizan.
		Donde coloca al Recién nacido	En la cicatriz umbilical de la madre
		Cuanto tiempo espera para extraer la placenta	15 minuto en el manejo activo y a los 30 minuto en el manejo pasivo
		Cada cuanto tiempo le indica a la paciente que se haga masaje uterino	Cada 15min en las primeras 2 horas
		En qué momento pinza y corta el cordón umbilical	Cuando deja de pulsar (3 minuto )
		Cuál es la forma que utiliza para extraer la placenta	Tracción del cordón umbilical y en contracción el fondo del útero, maniobra de Dublín Mano izquierda sobre la sínfisis púbica, rotando las membranas en canal vaginal.
		De qué manera se asegura un diagnostico precoz de HPP después del alumbramiento	Valoro Tono Valoro Tejido Valoro placenta Valoro Sangrado
		Cuanto tiempo da para reanimar medicamente una paciente HPP	1hr
		En caso de hipotonía Uterina que hace	Pido ayuda Acceso a 2 vía endovenosa con bránula 14 0 16 Masaje

			<p>Que dosis aplica Oxcitosa en caso de HPP</p> <p>Cuando decide Transfundir</p> <p>La razón de intervenir quirúrgicamente por HPP cuál es</p>	<p>extrauterino Aplicación de uterotónico</p> <p>Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto).</p> <p>Cuando hay datos de hipoxia e hipo perfusión grave a pesar de la reposición de volemia.</p> <p>cuando el manejo medico no dio respuesta satisfactoria</p>
Elemento de la información	Todo lo que caracteriza al ámbito relacionado a la forma y contenido de así como la frecuencia que se informa sobre HPP y su complicaciones		<p>Recibe información</p> <p>Quienes les enseñan mas sobre este tema.</p> <p>Toma información</p> <p>El contenido de la información más que recibe</p>	<p>Frecuentemente A veces Nunca</p> <p>El mismo gremios Especialista en la materia</p> <p>Internet Conferencia Documento escrito</p> <p>Manejo Prevención Magnitud del problema</p>

## **7.5 Obtención de la información**

### **Fuente de información.**

Fue primaria tomada de los mismos profesionales que se entrevistaron a través de llenado del cuestionario de preguntas formuladas previamente.

### **7.5.1 Técnica de Recolección de la información.**

Para lograr los objetivos del estudio se elaboró instrumento de recolección de la información para obtener datos como las características de la población en estudio el conocimiento, actitud y practicas básicas generales sobre el diagnóstico oportuno, la prevención y manejos de la HPP y sus complicaciones, a través de reconocer los elementos que contienen la norma para el manejo de las complicaciones obstétricas de Nicaragua (Ministerio de Salud, Abril 2013).

Una vez establecido el instrumento se realizó prueba piloto en 5 profesionales diversos que laboran en el servicio ginecobstetricia. Dicho instrumento contiene preguntas abiertas y cerradas, para no tener muchas divergencias en la información recolectada sobre el conocimiento y la actitud en el caso de las prácticas se dejó la alternativa de repuesta abierta, ya que es diferente las funciones del manejo por cada uno de los profesionales entre médicos y enfermeras.

Para el conocimiento se elaboraron 15 preguntas pero hay 3 preguntas que tienen divisiones su repuesta siendo 23 en total. De 10 preguntas sus repuestas son dicotómicas en “sí o no” donde todas son establecidas de manera correcta de realizar, el resto de pregunta está estructurada de manera que identifique la opción correcta que conocen. Al final nos permitió determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre la prevención y el manejo de HPP clasificándolas en; deficiente correspondiente a menos o igual a 8 preguntas contestada correctamente, regular entre 9 a 15 preguntas y suficiente al contestar más de 16 indicadores planteados.

En relación a la actitud como último análisis, se realizó para identificar si esta era “favorece” o “desfavorece” a las prácticas de prevención y el manejo de la HPP. Así como

para evitar las complicaciones que depende las conductas individuales de los profesionales que laboran en el servicio.

El método utilizado fue a través de la escala de actitud tipo Likert, el señalamiento a cinco posibles respuestas, que son: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, En duda, En desacuerdo Totalmente en desacuerdo. Para su presentación se dejó en tres proposiciones que son totalmente de acuerdo, totalmente en desacuerdo y duda.

Existen 15 preposiciones en su mayoría de manera positiva exceptuando dos de ellas que son la pregunta 26 y 27 estas están estructuradas de manera negativa. De acuerdo a esto se estableció que las 13 preposiciones positivas el mayor puntaje al coincidir obtuvieron 5 puntos mientras que al rechazarlas fue 1. En el caso de las preguntas negativas al rechazarla el valor obtenido fue el mayor puntaje y afirmalas tuvieron 1 punto.

El índice sumatorio en este caso fue 75 lo máximo y mínimo 15 puntos. La clasificación última se estableció en base a la media teórica que es la suma de 75 y 15 punto identificando así; que menor o igual de 45 puntos, la actitud es desfavorable para la prevención y manejo de HPP. Mientras que al obtener más 45 es favorable.

En relación a la práctica la descripción va señalada a los correctos procedimientos que se deben hacer al momento de la atención del parto que permitirán ir reducción los riesgos de presentar HPP o bien lo que se debe de realizar de manera protocolizadas para tratarla. Hay 12 preguntas abierta fácil de responder por parte de quien conozca la norma y que de manera intencionalmente las repuestas en su mayoría estaban escrita en las preguntas de conocimiento y actitud. Se estableció que al contestar más de 7 pregunta el nivel de conducta es adecuado para prevenir y tratar dichos eventos.

Al final del instrumento se pregunta los elementos de la información que nos permitió reconocer de donde se informan, la frecuencia y el medio de información que utilizan.

### **7.5.2 Plan de análisis y tabulación**

La información fue procesada electrónicamente por el Programa Estadístico de Ciencias Sociales SPSS versión 21.0 para Windows. La información se presenta en cuadros y gráficos construidos por el programa computarizado de Word, Excel, Power Point para Windows.

### **7.6. Cruces de Variables**

1. Profesión según Nivel de conocimiento sobre Hemorragia Post Parto en personal médico y de enfermería
2. Número de veces capacitados según Nivel de conocimiento sobre Hemorragia Post Parto en personal médico y de enfermería
3. Profesión según Actitud ante Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería
4. Profesión según Prácticas ante la Hemorragia Post Parto en personal médico y de enfermería
5. Número de veces capacitado según Prácticas ante Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería Número de veces capacitado según Prácticas ante Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería
6. Conocimiento y actitud según Prácticas ante Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería

### **7.7. Aspectos éticos de la investigación.**

A todos los profesionales se le solicitó la participación voluntaria en el estudio, se les explicó la importancia de éste y los beneficios del estudio. También se les informó que la información brindada es anónima, y de uso solo para la investigación, además se guardó el mayor respeto posible y la confidencialidad, y diversidad de opinión que ellos tengan al respecto.

## VIII. RESULTADOS

El 64.7% del personal médico y de enfermería incluidos en el estudio tenían 20 a 29 años de edad y el 59.5% eran del sexo femenino. La mayoría el 50.0% de los participantes según su profesión era médicos internos en formación. El 14.3% dijeron tener de 5 a 10 y mas año de laborar en el servicio de Gineco-Obstetricia y el 45.2% han recibido capacitación en prevención y manejo de la Hemorragia Post Parto. (Ver tabla 1).

Al investigar sobre los elementos de la información acerca de la Hemorragia Post Parto el 54.8% se informan frecuentemente y señalan el 90.5% que han recibido información sobre este tema por docentes de Gineco-Obstetricia. El modo más frecuente de obtener información dijeron el 52.5% que es escritos documentados y el contenido de la información es sobre el manejo de la HPP. (Ver tabla 2)

De lo investigado sobre el conocimiento sobre HPP que tienen el personal médico y de enfermería, más del 90% refirieron conocer la mayoría de los indicadores preguntados, exceptuando al 69.0% que dijeron conocer; la HPP es la principal causa de muerte en países en vías de desarrollo. Otro elemento poco conocido es que el sangrado leve que continua después de 12hrs del parto es por retención de restos placentario.

El 81.0% conocen que el dolor abdominal severo con o sin evidencia de sangrado transvaginal es causado por ruptura uterina y el 76.2% conocen que cuando no se expulsa la placenta dentro de 15 minuto después del parto con manejo activo y 30 minuto con el alumbramiento espontaneo es causa de retención de placenta y cuando no se palpa el fondo uterino a nivel abdominal y hay dolor intenso señalaron el 85.7% que es debido a ruptura uterina. (Ver tabla 3).

El 59.5% de los entrevistados no reconocieron lo cuatro pasos que se realizan en el MATEP ya que indicaron que éstos eran únicamente tres pasos y el 54.8% no conoce que la clasificación de pérdida de sangre; 1ro shock compensado, 2do shock leve, 3ero shock moderado y 4to shock severo, no correspondía a la correcta. Logramos observar que el



73.8% señaló en la encuesta que para prevenir la HPP se aplica 10UI IM de Oxitocina después del alumbramiento y no inmediatamente al nacimiento del bebé como se indica en la norma; el 88.1% conocen que si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia se transfunde rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas.

El 69.0 al 78.6% son los que conocen los propósitos del manejo de la pérdidas masiva de sangre en los valores que deben de mantener las plaquetas, los tiempos de coagulación y el fibrinógeno en valores aceptables. (Ver tabla 4).

La actitud evaluada en 42.9% de médicos y enfermeras consideran la prolongación de 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 y el 31.0% tienen esta misma actitud al creer que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la HPP.

El 40.5% están de acuerdo que les desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical. Tienen dudas el 31.0% en afirmar si conocen que la HPP pueden causar infertilidad. El 23.8% señalo estar en desacuerdo que la hemorragia Tardía post-parto generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios esta misma actitud afirmaron tener el 19.0% sobre el uso de Oxitocina y Ergonovina como útero tónico o bien al continuar el sangrado post parto después de administrarle Oxitocina y Ergonovina deben utilizar Misoprostol 600microgramos vía sublingual dosis única.

Están en desacuerdo el 28.6% que la aplicación de drogas uterotónicas se debe de hacer antes del pinzamiento del cordón y solo el 40.0% de los médicos y enfermeras están de acuerdo que una paciente con HPP debe de ser vigilada en UCI. (Ver tabla 5).

Al evaluar las prácticas el 4.8% del personal médico y de enfermería refirieron que la manera que se asegura un diagnostico precoz de HPP después del alumbramiento es

valorando los factores de riesgo previamente y el Globo de Seguridad de Pinard. El 31.0% señalaron que el tiempo que se considera adecuada la reanimación en el caso de la HPP es de 1hr.

Al preguntar que hacen en caso de hipotonía uterina, no se concluyeron las repuesta y se logra evidenciar que el 23.9% dijeron masaje uterino externo y aplicación de uterotónico y 14.2% dijo canalizar en dos vías y administrar liquido sin especificar.

Se logra evidencia que al preguntar cuál es la dosis al aplicar Oxitocina para tratar la HPP el 38.1% dijeron que aplican 10 UI IM y 20 UI IV en infusión continua. Hay 35.7% del personal de médicos y enfermera que señalaron que se transfunde cuando la hemoglobina es menor de 8grs y cuando no mejora su condición clínica. Otro elemento es que se interviene quirúrgicamente señalaron el 31.0% cuando no se logra controlar la hemorragia y el 28.5% cuando persiste la atonía uterina. (Ver tabla 6 y 7).

Al evaluar el índice sumatorio el nivel de conocimiento que tienen el personal médico y de enfermería es predominantemente suficiente en 81.9% (34) encontrando conocimiento regular en 7.1% de los médicos internos y pre internos y en el 14.3% de los que señalaron tener menos de 1año de laborar en atención obstétrica y aunque el 7.1% refirió ser capacitado 1 a 2 veces su conocimiento también es regular. (Ver tabla 8).

El índice sumatorio de la actitud del 83.3% (35) personal estudiado, demuestra que es favorable para prevenir y tratar la HPP. Encontrando actitudes desfavorables en 9.5% de médicos internos y del sexo masculino y 4.8% de los que mencionaron tener más de 10 años de laborar en Ginecobstetricia. (Ver tabla 9).

Al investigar de manera sumatoria la actividades práctica de médicos y de enfermeras hay predominio 97.6% (41) que la realización de las actividades para prevenir y manejar la HPP es inadecuadas según la repuesta obtenida de los participantes. La prácticas adecuadas se determinó en 2.4% de los que se entrevistaron, la mayoría de las repuesta son correcta relacionada a la práctica para la HPP siendo un medico pre interno que atendió en una

ocasión a una paciente, el medico pre interno fue capacitado 1 a 2 veces en este tema y que tiene menos de 1 año de laborar en el servicio de Gineco-Obstetricia. (Ver tabla 10).

Cuando relacionamos los resultados de la práctica para prevenir y trata la HPP según el nivel de conocimiento y la actitud el único caso considerado adecuado tenía suficiente conocimiento y una actitud favorable. (Ver tabla 11).

## **IX. ANÁLISIS**

Es difícil involucrar en la evaluación al total de personal que laboran en el servicio de Gineco-Obstetricia de este hospital, aun en el momento de realizar la entrevista hayan estado presentes, posiblemente la negativa es debido a la falta de voluntad de ser evaluado, esto principalmente se dio con los médicos pre-internos y personal de enfermería, era notorio que no pretendían dar a conocer la posibilidad de evidenciar sus conocimientos en materia de la prevención y el manejo de la HPP y lógicamente que hay una costumbre poca adecuada en los médicos de base de no poner a prueba sus conocimientos siendo una de las debilidades importantes para los sistemas públicos de salud, que permita identificar de manera general la capacidad técnica con que cuenta el hospital desde el punto de vista de su recurso humano basado que hay norma y protocolo que todo trabajador de la salud que atiende paciente con complicaciones obstétricas debe de conocer de acuerdo a las leyes establecidas.

Sin embargo no sucede así con el resto de personal y es el caso de la participación en mayor número de recursos en formación como son los médicos internos y pre internos y de enfermería que fueron los que más participaron y ellos refieren que de donde toman mayor información sobre la prevención y manejo de la HPP son los Gineco-Obstetras del servicio.

El contenido que más busca información en general es sobre el manejo, razón por lo que hay preguntas que desconocen algunos de los entrevistados y señalaron que la HPP es la principal causa de muerte materna en países en vías de desarrollo.

De manera general la prevención y el manejo de la HPP, los participantes demostraron tener suficiente conocimiento, hay sin embargo indicadores específicos que una buena parte no reconoció como poder determinar el diagnóstico y posible causa de hemorragia y que hacer de la forma como lo plantea la norma. La mayor debilidad encontrada es sobre los elementos meramente prácticos de iniciativa ante una eventualidad, esta situación es similar a los resultados de otro estudio realizado por Toledo en el hospital Asunción de Juigalpa año 2013 (M.A, 2013) donde se identificó que había debilidades en el personal médico para

identificar, diagnosticar y clasificar HPP. Obviamente que el conocimiento permanente de elementos específicos que puedan persistir es con la capacitación continua y la búsqueda de la información autodidacta todo el tiempo y la aplicación en la práctica es obvio que la HPP no es una situación de cinco o más veces en el día, pero sin embargo debe de haber entrenamiento práctico todo el tiempo.

Lo que estamos refiriendo se corrobora con preguntas, ya que una pequeña proporción del personal señaló la aplicación de Oxitocina rutinaria del MATEP como manejo de HPP instaurada.

Esta situación que al momento de investigar el conocimiento son pocos los que demostraron estos detalles, que al momento de la práctica ocurren en la gran mayoría que dieron respuesta poco satisfactoria, lógicamente que el mayor número de participantes fueron los recursos en formación por tanto es evidente que en ellos se pueda observar este problema, pero también es en ellos que se identifica los mayores aciertos de sus respuestas tanto para el conocimiento como para la práctica.

De los pocos grupos de profesionales de enfermería que participaron el comportamiento de los resultados es similar a lo antes descrito de los médicos en formación, quienes demostraron en su totalidad tener buen conocimiento y actitud favorable fueron los médicos Gineco-Obstetras. Pero en relación a las prácticas las respuestas encontradas para los diferentes grupos son iguales, simulando una práctica en su mayoría inadecuada.

Hacemos mención que la respuesta de la práctica puede ser una simulación de lo que debería hacer para prevenir y manejar la HPP ya que no creemos que en situaciones reales pudiera estar sucediendo este comportamiento como tal. Sería muy preocupante pero sin embargo no podemos dejar de pensar que son obvias las debilidades encontradas y se necesita de mejoras de intervención.

Las preguntas utilizadas para valorar la actitud como el desagrado de esperar para extraer la placenta que fue contestada afirmativamente por un buen porcentaje de los estudiados nos

permite considerar que es un punto lógicamente estresante para ellos, que atiende el parto un desenlace que puede ser fatal, no creemos que sea el hecho de querer terminar todo el proceso de una sola vez por la carga de trabajo que tienen que resolver, pero sin embargo debe de motivarse los correctos procedimientos.

La división de los que están en desacuerdo y de acuerdo en decir que las mujeres con HPP deben de ser manejada en unidad de cuidado intensivo probablemente sea a la severidad del estado de la hemorragia y a que la Unidad ya cuenta con una sala de UCI. Sin embargo hay que tomar en cuenta que existen casos que lo único que se necesita es la vigilancia del servicio de puerperio.

## **X. CONCLUSIONES**

- 1. Se limitan los resultados obtenidos sobre el conocimiento, actitudes y práctica de la prevención y el manejo de la HPP por falta de voluntad en la participación de la mayoría de los médicos de pre-internos y parte del personal de enfermería.*
- 2. La mayoría de los incluidos en el estudio reconocieron el mayor número de preguntas y esto los ubica en el nivel de conocimiento suficiente, se identifica que hay debilidades en identificar las posibles causas de HPP por la manifestación clínica que pudieran presentar las pacientes el manejo ante dicha situación también no fue en su totalidad adecuado y quienes demuestran mayormente esta situación son los recursos en formación y son quienes más atienden parto y se enfrenta al manejo o la prevención con más frecuencia.*
- 3. La actitud favorable para prevenir y tratar la HPP de manera general es más evidente en el mayor número de las personas incluidas en el estudio, pero también hay situaciones específicas que obviamente sobresalen como debilidades en este mismo grupo. Siendo la afirmación del tiempo para considerar prolongado el tercer periodo del parto. La aplicación de droga uterotónica después del alumbramiento.*
- 4. El 97.6% de los participantes incluidos en el estudio de acuerdo a lo señalado por ellos mismos, según el tipo de respuesta tienen prácticas inadecuadas para prevenir y manejar la HPP. Se observa disociación entre el nivel de la práctica inadecuada de 97% de los participantes con el nivel de conocimiento y actitud que fue notoria en el 83.0% que eran suficiente y favorable respectivamente.*

## ***XI. RECOMENDACIÓN***

- 1. A nivel de la dirección del Hospital Escuela Regional Santiago insistir en la participación de todo el personal médico y de enfermería e incluso la obligatoriedad en la evaluaciones no solo el protocolo del manejo de la HPP si no, también de todas la complicaciones obstétrica para identificar debilidades en el desempeño.*
- 2. A nivel de docencia del Hospital Escuela Regional Santiago organizar capacitaciones prácticas simuladas con eventos de complicaciones obstétricas que mejore el actuar inmediato en situación que ocurrieran, tratando de involucrar a todo el personal médico y de enfermería.*
- 3. Hacer énfasis en las capacitaciones que se realicen para mejorar las debilidades encontradas como es el diagnóstico y el tratamiento a aplicar en las diferentes situaciones tanto para prevenir como para tratar la HPP. .*
- 4. A nivel de los medico docentes de ginecobstetricia realizar seminarios para el personal de enfermería y para el personal médico en formación que frecuentemente están rotando.*



## ***XII. BIBLIOGRAFIA***

1. Carazo, M. . (2014). *Estadísticas vitales intrahospitalaria de la salud*. . Carazo.
2. Castro., V. M. (2004). *MATEP y Manejo de la Hemorragia Post Parto en el Hospital Fernando Velez Paiz*. . Managua : UNAN - MANAGUA .
3. Gahres EE, A. N. (1962). Intrapartum blood loss measured Cr51-tagged erythrocytes. En *Obstet Gynecol*.
4. Katzung, B. G. (2007). *Farmacología Básica y Clínica*. México: Manual Moderno.
5. M.A, T. (2013). *Aplicación del Protocolo de Hemorragia post parto establecido por el MINSA en pacientes atendidas en el hospital Asunción Juigalpa de Enero a Mayo del 2013*. Managua : UNAN - Managua. Tesis Monografica .
6. Marco a. González, W. D. (2012 - 2013). *Manual Terapéutico*. Medellín, Colombia.
7. Marengo, J. (2011). *Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto y La HPP en el HAN*. Managua.
8. Ministerio de Salud. (2008). *Política Nacional de Salud*. Managua.
9. Ministerio de Salud. (Abril 2013). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas - Normativa 109*. Managua.
10. Narvaez Delgado, E. J. (2007). *DESCRIPCION DE LA ATENCION AL PARTO ANTES Y DESPUES DE LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO EN DOS HOSPITALES DE MANAGUA*. Managua, Nicaragua: Universidad Autonoma De Barcelona.
11. Nicaragua, M. . (2010). *protocolo Farmaco Terapeutico de la Hemorragia Post - Parto. Hospital Aleman - Nicaragauense*. Managua.

12. Nicaragua, M. . (2012). *Estadísticas Vitales para la Salud* . Managua .
13. Projects, G. H. (2006). *Hemorragia postparto: Un desafío para la maternidad segura* . Montreal, Canada: Green Communication Design.
14. S., O. S. (2013). *Factores de Riesgo de Morbi - Mortalidad por Hemorragia Post Parto en Mujeres Atendidas en el Hospital Alemán - Nicaraguense en el Periodo de Enero a Diciembre 2012*. Managua : UNAN - MANAGUA. Tesis Monografica .
15. Salud, M. d. (2014). *Formulario Nacional de Medicamentos*. Managua.
16. Sandoval, D. E., & Pérez Olivo, J. (2013). *Informe del Evento Movilidad Materna Extrema*. Colombia: Instituto Nacional de Salud.
17. Schwarcz-Sala-Duverges. (2005). *Obstetricia* (6ta ed.). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
18. University Research Co., L. (. (2011). *Evaluación de competencias del personal médico y de enfermería que brinda atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y sus complicaciones en cinco SILAIS de Nicaragua Comparativo 2005 y 2010*. Managua .
19. USAID, O. . (2012). *RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO* . Ginebra .
20. WHO. (1990). The prevention and management of postpartum haemorrhage.
21. X., L. I. (2013). *Cumplimiento del protocolo de Hemorragia post Parto según norma y protocolo para la atención de las complicaciones obstetricas en pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe. Junio 2012 - Junio 2013*. Managua : UNAN - MANAGUA. Tesis monografica .

# **XIII ANEXOS**



## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA UNAN- MANAGUA

#### Instrumento de recolección de la información

Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre Hemorragia Postparto que tiene el Personal Médico Y Enfermería Del Servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Escuela Regional Santiago De Jinotepe, II Semestre 2014

#### I. Datos Generales

1. Edad del entrevistado; \_\_\_\_\_ años
2. Sexo del Entrevistado; M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_
3. Profesión; \_\_\_\_\_
4. Tiempo de Laborar en la atención Obstétricas, \_\_\_\_\_ años
5. Capacitado en complicaciones Obstétricas; si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
6. Número de veces que ha sido capacitado; \_\_\_\_\_

#### II. Conocimiento sobre la hemorragia postparto.

7. Conoce que la Hemorragia postparto es la pérdida Hemática de: coloque la letra.
  - a. + 500 c.c. en parto
  - b. + 1000 c.c. en la cesárea
  - c. 250 c.c. en el parto      En parto simple \_\_\_\_\_ En la Cesárea \_\_\_\_\_
  - d. 100 c.c. en la cesárea
  - e. 50 c.c. en la cesárea
8. La causa más frecuente de hemorragia postparto es:
  - a) Desgarro cervical.
  - b) Rotura uterina.
  - c) Atonía uterina.      Es correcto \_\_\_\_\_
  - d) Coagulopatía materna.
  - e) Inserción anómala de la placenta.
9. La hemorragia postparto es la principal causa de muerte materna en países en vías de desarrollo si/no \_\_\_\_\_
10. La muerte por Hemorragia Postparto ocurren más frecuentemente en las primeras 4 hrs si /no \_\_\_\_\_
11. La muerte materna por Hemorragia Postparto en su mayoría son evitables. si/no \_\_\_\_\_
12. Los Factores de riesgo para la Hemorragia Postparto tienen que ver con las 4 T: si/no \_\_\_\_\_
13. Señale el posible causa de HPP (a). Atonía uterina b). Desgarro cervical c). Inversión uterina, d). Ruptura Uterina e). Retención de Restos o placenta f). Alteración de la Coagulación, en los siguientes casos:  
-Sangrado leve que continua después 12 hrs del parto. \_\_\_\_\_

- Dolor Abdominal severo con o sin evidencia de sangrado transvaginal. \_\_\_\_
- No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo. \_\_\_\_
- Hemorragia post parto inmediata. Útero blando y no retraído. \_\_\_\_
- Sangrado en sitios de punción. No formación de coágulos sanguíneos y con las medidas para tratar la HPP no mejora \_\_\_\_
- No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso \_\_\_\_

14. Una de las principales medidas de la prevención de muerte por HPP es la identificación de factores de riesgo y posteriormente cumplimiento del MATEP. si/no \_\_\_\_
15. Los tres pasos para realizar el MATEP son: aplicación de Útero tónico al momento de la salida del hombro anterior, pinzamiento temprano del cordón, Tracción Controlada del Cordón. Si/no \_\_\_\_
16. Cuál de las siguientes actuaciones no se realiza ante una hemorragia postparto por atonía uterina:
  - a) Masaje uterino bimanual. . No se realiza \_\_\_\_\_
  - b) Reposición de la volemia.
  - c) Administración IM de metil-ergonovina (Methergin) con paciente hipotensa.
  - d) Administración de oxitocina en perfusión.
  - e) Taponamiento vaginal con gasas para frenar la hemorragia.
17. La clasificación de pérdida de sangre 1ero Shock Compensado, 2do Shock Leve, 3ero Shock Moderado y 4to Shock Severo. Si/no \_\_\_\_
18. Para prevenir la HPP se aplica 10 UI IM de oxitocina después del alumbramiento si/no \_\_\_\_
19. En la HPP causada por atonía uterina pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si/no. \_\_\_\_
20. Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas. Si/no \_\_\_\_
21. El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre postparto es:
  - Mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl. Si/no \_\_
  - Plaquetas mayores de 75,000. Si/no \_\_\_\_
  - TP y TPT menor de 1.5 del control. Si/no \_\_\_\_
  - Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl. Si/no \_\_\_\_

### III. Actitud para el manejo de la Hemorragia Post Parto.

Marque (TD) Totalmente en Desacuerdo (ED) En Duda (TA) Totalmente de Acuerdo, a las siguientes preposiciones

Preposiciones	TD	D	TA
22. Considero que las perdidas hemáticas que causan mareo, sincope, taquicardia e hipotensión después del parto SE ASOCIAN a HPP.			
23. Siempre debo alertar cuando hay paciente con HPP en labor y parto y puerperio para recibir ayuda.			

24. Considero prolongada la 3era etapa del parto si no se completa en los primeros 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.			
25. Creo que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la HPP.			
26. Me desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical.			
27. Entiendo que puede existir HPP en el puerperio alejado después de los 10 hasta 45 días después del parto.			
28. Sé que una de las complicaciones de la HPP es la infertilidad.			
29. Conozco que Hemorragia Tardía post-parto generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios.			
30. Entiendo que es una muy buena opción el uso de Oxitocina y Metil-Ergonovina como útero tónico.			
31. Sé que al continuar el sangrado postparto después de administrarle Oxitocina y Ergonovina debo utilizar misoprostol 600microgramos vía sublingual dosis única.			
32. Realizo la aplicación de drogas uterotonicas antes del pinzamiento del cordón.			
33. Considero que 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 oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr su expulsión.			
34. Reconozco que la antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.			
35. Entiendo que una paciente con HPP debe de ser vigilada en UCI.			
36. Comprendo que la referencia a una unidad con mayor capacidad se da cuando los requerimientos para la atención son insuficiente o no hay personal entrenado.			

#### **IV. Prácticas relacionadas a prevenir y tratar la HPP.**

Complete según las actividades que realiza Ud.

37. Cuántas veces ha tratado una HPP? \_\_\_\_\_

38. Dónde coloca al Recién nacido? \_\_\_\_\_

39. Cuánto tiempo espera para extraer la placenta? \_\_\_\_\_

40. Cada cuánto tiempo le indica a la paciente que se haga masaje uterino? \_\_\_\_\_

41. En qué momento pinza y corta el cordón umbilical? \_\_\_\_\_
- 42.Cuál es la forma que utiliza para extraer la placenta? \_\_\_\_\_
43. De qué manera se asegura un diagnostico precoz de HPP después del alumbramiento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
44. Cuánto tiempo da para reanimar medicamente una paciente HPP? \_\_\_\_\_
45. En caso de hipotonía Uterina que hace? \_\_\_\_\_
46. Qué dosis aplica de Oxitocina en caso de HPP? \_\_\_\_\_
47. Cuándo decide Transfundir? \_\_\_\_\_
48. La razón de intervenir quirúrgicamente por HPP cuál es? \_\_\_\_\_

#### **V. Información que obtiene para manejar y evitar la HPP.**

1. Recibe información frecuentemente \_\_\_\_ a veces \_\_\_\_ nunca \_\_\_\_ sobre este tema.
2. Quiénes le enseñan más sobre este tema \_\_\_\_\_
3. Toma información de Internet \_\_\_\_ Conferencia \_\_\_\_ Documento escrito \_\_\_\_
4. El contenido de la información que más recibe es sobre el Manejo \_\_\_\_ sobre la prevención \_\_\_\_ sobre la frecuencia del problema \_\_\_\_

**¡Muchas Gracias!**

## ANEXO 2

### Cuadro No. 1

Características Generales del Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n= 42

Datos Generales	Frec.	%
<b>Edad</b>		
20 a 29 años	27	64.3
30 a 39 años	7	16.7
40 a 49 años	6	14.3
50 y + años	2	4.8
<b>Sexo</b>		
Femenino	25	59.5
Masculino	17	40.5
<b>Profesión</b>		
Enfermeras Obstetras	5	11.9
Licenciadas en Enfermería	3	7.1
Médicos Gineco-Obstetras	6	14.3
Médicos Internos	21	50.0
Médicos Pre –internos	7	16.7
<b>Tiempo de Laboral en Atención Obstétricas</b>		
Menos 1 año	25	59.5
2 a 5 años	5	11.9
5 a 10 años	6	14.3
Más 10 años	6	14.3
<b>Capacitado sobre prevención y manejo de HPP</b>		
Si	33	78.6
No	9	21.4
<b>Número de Veces que ha sido Capacitado</b>		
Nunca	9	21.4
1 a 2 veces	19	45.2
3 a 5 veces	10	23.8
Más de 5 veces	4	9.5

Fuente. Primaria.



## Cuadro No. 2

Elementos de la información sobre Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n= 42

Información e informantes	Frec.	%
<b>Reciben información sobre HPP.</b>		
A veces	19	45.2
Frecuentemente	23	54.8
<b>Las personas que le dan más información sobre HPP.</b>		
Gineco-Obstetras	38	90.5
Buscan información por su cuenta	4	9.5
<b>Medios donde han tomado información más frecuentemente sobre HPP.</b>		
De internet	4	9.5
De conferencias	16	38.1
Documentos escritos	22	52.5
<b>El contenido de la información sobre HPP que más recibe es sobre:</b>		
El manejo	29	69.1
Sobre la prevención	8	19.0
Sobre la frecuencia del problema	5	11.9

Fuente. Primaria.

**Cuadro No. 3**

Conocimientos sobre Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014. n= 42

Preguntas	Conocen	
	Frec.	%
Conocen que la Hemorragia Post Parto es la pérdida hemática de más de 500 cc en el parto y 1000cc en la cesárea.	40	95.2
Conocen que la causa más frecuente de Hemorragia Post Parto es por Atonía Uterina.	40	95.2
Conocen que la Hemorragia Post Parto es la principal causa de muerte materna en países en vías de desarrollo.	29	69.0
Conocen que las muertes por Hemorragia Post Parto ocurren más frecuentemente en las primeras 4hrs.	39	92.9
Conocen que la muerte materna por Hemorragia Post Parto en su mayoría son evitables.	42	100
Conocen que los factores de riesgo para la Hemorragia Post Parto tienen que ver con las 4T (tono, trauma, tejido y trombina).	41	97.6
Conocen que el sangrado leve que continua después de 12hrs del parto en la mayoría de los casos es por retención de restos placentarios.	8	19.0
Conocen que el dolor abdominal severo con o sin evidencia de sangrado transvaginal es causada por ruptura uterina.	34	81.0
Conocen que cuando no se expulsa la placenta dentro de los primeros 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo es causado por retención placentaria.	32	76.2
Conocen que la Hemorragia Post Parto inmediata con útero blando y no retraído es causada por Atonía Uterina.	39	92.9
Conocen que el sangrado en sitios de punción y no formación de coágulos sanguíneos y que con las medidas para tratar la HPP no mejora es producto de alteración de la coagulación.	38	90.5
Conocen que cuando no se palpa el fondo uterino en la palpación abdominal y hay dolor intenso es por ruptura uterina.	36	85.7

Fuente. Primaria.

**Cuadro No. 4**

Conocimientos sobre Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n= 42

Preguntas	Conocen	
	Frec.	%
Conocen que las principales medidas para la prevención de muerte por HPP es la identificación de factores de riesgo y posteriormente el cumplimiento del MATEP.	41	97.6
Reconocen los pasos que se realizan en el MATEP.	25	59.5
Conocen que la realización de taponamiento vaginal con gasas para parar el sangrado no se realiza ante una Hemorragia Post Parto causada por Atonía Uterina.	35	83.3
No conocen que la clasificación de pérdida de sangre 1ero Shock Compensado, 2do Shock Leve, 3ero Shock Moderado y 4to Shock Severo es incorrecta.	23	54.8
No conocen que para prevenir la HPP no se debe aplicar 10 UI IM de Oxitocina después del alumbramiento, sino inmediatamente al nacimiento del bebé.	31	73.8
Conocen que en la HPP causada por Atonía Uterina se debe pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de Oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto).	41	97.6
Conocen que si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, se debe transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas.	37	88.1
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangre es mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl.	38	90.5
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangre es mantener las Plaquetas mayores de 75,000.	33	78.6
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangre es mantener TP y TPT menor de 1.5 del control.	29	69.0
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangre es mantener los valores del Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.	33	78.6

Fuente. Primaria.

### Cuadro No. 5

Actitud ante una Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n=42

ACTITUD	REPUESTA					
	En Desacuerdo		Duda		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
Consideran que las pérdidas hemáticas que causan mareo, síncope, taquicardia e hipotensión después del parto SE ASOCIAN a HPP.	7	16.7	6	14.3	29	69.0
Consideran que se debe alertar cuando hay paciente con HPP en labor y parto y puerperio para recibir ayuda.	3	7.1	1	2.4	38	90.5
Consideran prolongada la 3era etapa del parto si no se completa en los primeros 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.	22	52.4	2	4.8	18	42.9
Creen que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la HPP.	22	52.4	7	16.7	13	31.0
Les desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical.	19	45.2	6	14.3	17	40.5
Entienden que puede existir HPP en el puerperio alejado después de los 10 hasta 45 días después del parto.	8	19.0	9	21.4	25	59.5
Saben que una de las complicaciones de la HPP es la infertilidad.	7	16.7	13	31.0	22	52.4
Conocen que la Hemorragia Tardía post-parto generalmente se da por sepsis puerperal (metritis), caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios.	10	23.8	10	23.8	22	52.4
Entienden que es una muy buena opción el uso de Oxitocina y metil Ergonovina como útero tónico.	8	19.0	2	4.8	32	76.2
Sé, que al continuar el sangrado post parto después de administrar Oxitocina y Ergonovina debo utilizar Misoprostol 600microgramos vía sublingual dosis única.	8	19.0	9	21.4	25	59.5
Realizan la aplicación de drogas uterotónicas antes del pinzamiento del cordón.	12	28.6	3	7.1	27	64.3
Consideran que 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 Oxitocina a 60 gotas por minuto y así lograr su expulsión.	6	14.3	4	9.5	32	76.2
Reconocen que la Antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.	1	2.4	4	9.5	37	88.1
Consideran que una paciente con HPP debe de ser vigilada en UCI.	17	40.5	8	19.0	17	40.5
Comprenden que la referencia a una unidad con mayor capacidad se da cuando los requerimientos para la atención son insuficientes o no hay personal entrenado.	6	14.3	1	2.4	35	83.3

Fuente Primaria.

**Cuadro No. 6**

Prácticas para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n=42

Preguntas	Realizan	
	n	%
<b>Número de veces que han atendido una HPP.</b>		
Nunca	5	11.9
1 a 5 veces	28	66.7
6 a 10 veces	7	16.7
+ de 10 veces	2	4.8
<b>Dónde colocan al recién nacido.</b>		
En el abdomen de la madre (pelvis o fondo del útero)	29	69.0
En la cuna térmica	3	7.1
Al lado de la mamá	10	23.9
<b>Cuánto tiempo espera para extraer la placenta.</b>		
10 minutos	4	9.5
15 minutos	26	61.9
20 a 30 minutos	7	16.7
15 minutos con el manejo activo y 30 con el pasivo	5	11.9
<b>Cada cuánto tiempo le indica a la paciente que se haga masaje uterino.</b>		
Cada 15 minutos por 2hrs	27	64.3
Cada 15 minutos	6	14.3
Cada 30 minutos	2	4.8
Después del parto, en cada momento, cuando hay hemorragia	7	16.7
<b>En qué momento pinza y corta el cordón umbilical.</b>		
Cuando deja de pulsar	36	85.7
A los 3 minutos	2	4.8
No saben	4	9.5
<b>Cuál es la forma que utiliza para extraer la placenta.</b>		
Maniobra de Dublín	30	73.8
Haciendo masaje y rotando el cordón	5	11.9
No saben	7	16.7

Fuente Primaria.

**Cuadro No. 7**

Prácticas para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n=42

Preguntas	Realizan	
	n	%
<b>La manera en que se asegura un diagnostico precoz de HPP después del alumbramiento es:</b>		
Evidenciando la presencia del Globo de Seguridad de Pinard	14	33.3
Valorando los factores de riesgo y presencia del Globo de Seguridad de Pinard	2	4.8
Revisando el canal vaginal y cuando sangra más de lo normal	21	50.0
No saben	5	11.9
<b>Cuánto tiempo da para reanimar medicamente una paciente con HPP:</b>		
2 a 30 minutos	9	21.4
1 hora	13	31.0
No esperar y proceder a lo inmediato	16	38.1
No saben	4	9.5
<b>En caso de Hipotonía Uterina que hacen:</b>		
Realización del Manejo del Tercer Periodo del Parto	8	19.2
Masaje uterino y aplicación de uterotónico	10	23.9
Solo masaje uterino	18	42.8
Canalizar en doble vía y administrar líquidos	6	14.2
<b>Dosis que aplican de Oxitocina en caso de HPP:</b>		
10 UI IM y 20 UI IV en infusión continua	16	38.1
10 UI IM	5	11.9
20 UI + 1000cc SSN 0.9%	8	19.0
20 UI	13	31.0
<b>Cuándo decide Transfundir en caso de HPP:</b>		
Cuando hay cambios hemodinámicos	6	14.3
Cuando la hemoglobina es menor de 8gr/dl	15	35.7
Cuando no mejora el sangrado	6	14.3
Cuando por clínica no mejora	15	35.7
<b>La razón de intervenir quirúrgicamente por HPP:</b>		
Si continua con atonía uterina	12	28.5
Sigue clínicamente complicada	8	19.0
No se logra controlar la hemorragia	13	31.0
Cuando hay ruptura uterina	3	7.1
Ruptura uterina y Acretismo placentario	4	9.5

Fuente Primaria.

**Cuadro No. 8**

Características Generales y Nivel de Conocimiento para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n = 42

Características Generales	Nivel de Conocimiento			
	Regular n = 8		Suficiente n = 34	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	4	9.5	21	50.0
Masculino	4	9.5	13	31.0
<b>Profesión</b>				
Enfermeras Obstetras	1	2.4	4	9.5
Licenciadas en Enfermería	1	2.4	2	4.8
Médicos Gineco-Obstetras	0	0.0	6	14.3
Médicos Internos	3	7.1	18	42.9
Médicos Pre –internos	3	7.1	4	9.5
<b>Tiempo de Laborar en Atención Obstétricas</b>				
Menos 1 año	6	14.3	19	45.2
2 a 5 años	1	2.4	4	9.5
5 a 10 años	1	2.4	5	11.9
Más 10 años	0	0.0	6	14.3
<b>Número de Veces que han sido Capacitados</b>				
Nunca	2	4.8	7	16.7
1 a 2 veces	3	7.1	16	38.1
3 a 5 veces	2	4.8	8	19.0
Más de 5 veces	1	2.4	3	7.1

Fuente Primaria.

**Cuadro No. 9**

Características Generales y Actitudes para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n = 42

Datos Generales	Actitud			
	Desfavorable n = 7		Favorable n = 35	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	3	7.1	22	52.4
Masculino	4	9.5	13	31.0
<b>Profesión</b>				
Enfermeras Obstetras	2	4.8	3	7.1
Licenciadas en Enfermería	0	0.0	3	7.1
Médicos Gineco-Obstetras	1	2.4	5	11.9
Médicos Internos	4	9.5	17	40.5
Médicos Pre -internos	0	0.0	7	16.7
<b>Tiempo de Laborar en Atención Obstétricas</b>				
Menos 1 año	2	4.8	2	54.8
2 a 5 años	2	4.8	2	7.1
5 a 10 años	1	2.4	1	11.9
Más 10 años	2	4.8	2	9.5
<b>Número de Veces que han sido Capacitados</b>				
Nunca	1	2.4	8	19.0
1 a 2 veces	3	7.1	16	38.1
3 a 5 veces	2	4.8	8	19.0
Más de 5 veces	1	2.4	3	7.1

Fuente Primaria.



**Cuadro No. 10**

Características Generales y Prácticas para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n = 42

Datos Generales	Prácticas			
	Inadecuada n = 41		Adecuada n = 1	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	25	59.5	0	0.0
Masculino	16	38.1	1	2.4
<b>Profesión</b>				
Enfermeras Obstetras	5	11.9	0	0.0
Licenciadas en Enfermería	3	7.1	0	0.0
Médicos Gineco-Obstetras	6	14.3	0	0.0
Médicos Internos	21	50.0	0	0.0
Médicos Pre - internos	6	14.3	1	2.4
<b>Tiempo de Laborar en Atención Obstétricas</b>				
Menos 1 año	24	57.1	1	2.4
2 a 5 años	5	11.9	0	0.0
5 a 10 años	6	14.3	0	0.0
Más 10 años	6	14.3	0	0.0
<b>Número de Veces que ha sido Capacitado</b>				
Nunca	9	21.4	0	0.0
1 a 2 veces	18	42.9	1	2.4
3 a 5 veces	10	23.8	0	0.0
Más de 5 veces	4	9.5	0	0.0

Fuente Primaria.

### Cuadro No. 11

Nivel de Conocimiento y Actitud según Prácticas para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. II Semestre 2014.

n = 42

Nivel de Conocimiento y Actitud	Tendencia de Prácticas			
	Inadecuada n = 41		Adecuada n = 1	
	n	%	n	%
<b>Nivel de Conocimiento:</b>				
Regular	8	19.0	0	0.0
Suficiente	33	78.6	1	2.4
<b>Actitud:</b>				
Desfavorable	7	16.7	0	0.0
Favorable	34	81.0	1	2.4

Fuente Primaria. Entrevista de las madres.

**Nota:** la persona entrevistada que tuvo una práctica adecuada para la prevención y manejo de la Hemorragia Post Parto solo ha atendido en una ocasión dicha situación.

## ANEXO 3

## Contenido

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. ANTECEDENTES .....	3
III. JUSTIFICACIÓN .....	8
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
V. OBJETIVOS .....	10
5.1 Objetivo General. ....	10
5.2 Objetivos Específicos. ....	10
VI. MARCO TEÓRICO .....	11
6.1 Definición.....	11
6.2 Etiología. ....	11
6.3 Fisiopatología de la Atonía Uterina Post-alumbramiento. ....	13
6.4 Clasificación. ....	14
6.5 Factores de Riesgo. ....	15
6.6 Manifestaciones Clínicas de la HPP.....	16
6.7 Métodos Diagnósticos. ....	17
6.8 Tratamiento y Manejo General. ....	18
Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP) .....	19
6.9 Tratamiento y Manejo de HPP por Atonía Uterina.....	22
6.10 Manejo del Desgarro Vulvo-Perineal, Vaginal o Cervical. ....	27
6.11 Manejo de la Ruptura Uterina.....	33
6.12 Manejo de la Inversión Uterina. ....	35
6.13 Retención de Placenta. ....	39
6.14 Manejo de Hemorragia Tardía Post Parto. ....	44

6.15	Trastornos De La Coagulación.....	44
6.16	Uso de Oxitócina. ....	45
6.17	Uso de Ergonovina. ....	47
6.18	Uso de Misoprostol.....	49
6.19	Complicaciones. ....	51
6.20	Shock Hemorrágico. ....	51
6.21	Criterios de Traslado. ....	52
6.22	Criterios de Alta.....	52
<i>VII. DISEÑO METODOLÓGICO</i> .....		53
7.1	Tipo de estudio.....	53
7.2	Área de estudio. ....	53
7.3	Población de estudio.....	53
7.4	Operacionalización de variables: .....	54
7.5	Obtención de la información.....	61
<i>X. CONCLUSIONES</i> .....		71
<i>XI. RECOMENDACIÓN</i> .....		72
<i>XII. BIBLIOGRAFIA</i> .....		73
<i>XIII ANEXOS</i> .....		75
	ANEXO 1.....	76
	ANEXO 2.....	80
	ANEXO 3.....	91