

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN-Managua



Tesis monográfica para optar al título de medicina y cirugía general

“Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016”

Autor:

Bra. Karen Ninoska López Vega

Tutor Científico:

M.S.C. M.D José de los Ángeles Méndez

Gineco-obstetra

Tutor Metodológico

Wilbert López Toruño MD MSc.

Docente UNAN-Managua

Managua, Junio 2017 Nicaragua

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA

OPINIÓN DEL TUTOR

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEÓRICO	7
MATERIAL Y MÉTODO	29
RESULTADOS	36
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	38
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXO	45

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a nuestro dios padre celestial, por guiarme en mi camino para que sabiamente logre resolver las adversidades.

A mis padres por su amor y comprensión incondicional.

A Dr. Wilbert López por su paciencia y dedicación al guiarme en la realización de esta investigación hasta su culminación.

A las autoridades de HBCR por permitirme realizar la investigación en esta unidad, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible su elaboración.

A todos ellos mi sincero agradecimiento.

DEDICATORIA

A Dios nuestro Padre celestial por su infinita misericordia guiándome día a día y por permitirme culminar esta investigación.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional en mis triunfos y dificultades a lo largo de mi vida, por ayudarme a cumplir esta meta.

Se lo dedico con cariño,

OPINIÓN DEL TUTOR

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo o el parto según la OMS. Dentro de las complicaciones que se presentan más son las hemorragias posparto, por lo que se ve necesario la aplicación homogénea y oportuna del manejo o abordaje a estas pacientes por parte del personal de salud. Para ello el Ministerio de Salud de Nicaragua posee normativas y protocolos de actuación para dichos casos.

De igual manera para poder disminuir los riesgos se ve la necesidad de aplicar evaluaciones para el cumplimiento de dichas normativas, este acto es conocido como evaluaciones de cumplimientos. La evaluación es un proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas propuestas.

El trabajo presentado por la Cra. **Karen Ninoska López Vega**, titulado “Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016”, nos brinda un panorama de la atención de dichos casos en situaciones de vital importancia en nuestras mujeres nicaragüenses.

Aprovecho la oportunidad para felicitar a la Compañera Karen López por este trabajo oportuno y que brinda aspectos esenciales en el campo administrativo de la salud. La felicito por su ardua disposición a la investigación y su entrega al mejoramiento de la calidad. A la vez la insto a siempre luchar por sus sueños, a brindar un servicio de calidad y calidez humana tan necesaria en estos tiempos.

Wilbert Daniel López Toruño Md. MPH.

Tutor metodológico

Médico y Máster en Salud Pública

UNAN Managua

RESUMEN

La hemorragia posparto, se define como la pérdida de sangre mayor de 500 cc después de un parto vaginal, pérdida sanguínea mayor de 1000 cc post cesárea, caída del 10% del hematocrito con respecto a los valores obtenidos antes del parto vía vaginal o cesárea. La presente investigación pretende determinar el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico del hospital Berta Calderón Roque Managua primer semestre del 2016. Para ello se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, y de corte transversal, revisando 48 expediente clínicos. Concluyendo que el grupo de edades que más prevaleció fue entre 25-34 años, de escolaridad secundaria, unión libre, católica, urbana y ama de casa. La mayoría era multigesta, multípara, no habían tenido ningún aborto ni legrado, ni cesárea. La mayoría se encontraba entre las 37-41 SG, tenían más de 3 controles prenatales y el período intergésico era menor de 18 meses. En cuanto a los factores de riesgo la mayoría no tenía en embarazos anteriores y en el embarazo actual solo una pequeña cantidad tenía RPM prolongada, con respecto a los factores intraparto a todas se les aplicó oxitocina durante el trabajo de parto y se les cumplió el manejo activo del tercer período de parto. Dentro de las causas inmediatas de sangrado posparto se encontró que la que mayor prevalece es la atonía uterina. El cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes fue satisfactorio.

Palabras claves: Hemorragia posparto, Hospital Bertha Calderón R., Cumplimiento, Evaluación

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto, se define como la pérdida de sangre mayor de 500 cc después de un parto vaginal, pérdida sanguínea mayor de 1000 cc post cesárea, caída del 10% del hematocrito con respecto a los valores obtenidos antes del parto vía vaginal o cesárea o pérdida sanguínea que haga a la pacientes sintomática o que resulte con datos de hipovolemia.

La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico de la paciente es variable, depende de su estado físico, velocidad y cantidad de sangre que se pierde durante el proceso. Por lo tanto establecerla requiere de una evaluación conjunta y activa tanto del sangrado como del estado de la paciente (MINSA-Nicaragua, 2008).

Las causas de Hemorragia posparto se resume en lo que comúnmente se conoce como las 4 T, significando; tono, trauma, tejido y trombina. También se puede clasificar específicamente según el periodo del puerperio en el que aparece, puede ser inmediata cuando aparece en las primeras 24 horas posparto, tardía si se produce entre las 24 horas y los diez días posteriores al parto, hemorragia del puerperio alejado entre los 10 y 45 días posteriores al nacimiento y en el puerperio tardío que va desde los 45 hasta los 60 días.

En la actualidad son múltiples los factores de riesgo que predisponen a la mujer a desarrollar hemorragia posparto, entre ellos ruptura prematura de membranas prolongada, multiparidad, placenta previa, parto precipitado, mal posición fetal, parto obstruido, coagulopatía. Sin embargo es importante aclarar que independientemente de los factores de riesgo toda mujer está expuesta a presentar hemorragia del alumbramiento y posparto (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

Este estudio pretende describir el cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero- Julio 2016.

ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Claudio G. Sosa, Fernando Althabe (2009) Uruguay-Argentina , realizaron una investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo para la hemorragia post-parto en pacientes con parto vaginal en una población de América Latina con tipo de estudio de cohorte prospectivo que incluye todos los nacimientos ocurridos por parto vaginal (n=11.323) entre Octubre y Diciembre de 2007 y entre Octubre y Diciembre de 2008 ocurridos en 24 maternidades de dos países sudamericanos: Argentina y Uruguay, obteniendo los siguientes resultados La hemorragia post-parto (HPP) estándar y la HPP severa ocurrió en 10,8% y 1,9% de los partos, respectivamente. Los factores de riesgo más fuertemente asociados y la incidencia de hemorragia post-parto fueron: placenta retenida (33,3%) (Odds ratio ajustado - OR: 6,02; intervalo de confianza [IC] 95%: 3,50-10,36), embarazo múltiple (20,9%) (OR: 4,67; IC 2,41-9,05), macrosomía (18,6%) (OR: 2,36; IC 1,93-2,88), episiotomía (16,2%) (OR: 1,70; IC 1,15-2,50), y sutura perineal (15,0%) (OR: 1,66; IC 1,11-2,49). El manejo activo del alumbramiento, la multiparidad y el bajo peso al nacer se identificaron como factores protectores. La hemorragia post-parto severa se asoció a placenta retenida (17,1%) (OR: 16,04; IC 7,15-35,99), embarazo múltiple (4,7%) (OR: 4,34; IC 1,46-12,87), macrosomía (4,9%) (OR: 3,48; IC 2,27-5,36), concluyendo que la hemorragia postparto se relaciona a las complicaciones del parto y al alumbramiento (Claudio G. Sosa, Fernando Althabe, 2009).

Hernández-Morales MA, García-de la Torre J. (2016) México, realizaron una investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgo de hemorragia obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo. Estudio prospectivo, descriptivo y comparativo efectuado en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo entre marzo de 2014 y marzo de 2015. Se integraron dos grupos de estudio: pacientes con hemorragia (grupo problema) y sin ésta (grupo control) y se subdividieron según la vía de nacimiento: parto o cesárea. Se incluyeron 371 pacientes: 312 del grupo control y 59 del grupo problema. Se estimó una incidencia de 16% de hemorragia obstétrica y el factor de riesgo más relevante fue la conducción del trabajo de parto (20 vs 9% p = 0.0044). Concluyeron que los factores de riesgo asociados con la hemorragia obstétrica son susceptibles de ser identificados a partir del primer contacto, pero se

pasó por alto que el más relevante para hemorragia en nuestra institución fue la indicación indiscriminada de oxitocina (Hernández-Morales MA, García-de la Torre J, 2016).

Neri-Mejía M, Pedraza-Avilés AG (2016) México, realizaron un ensayo clínico controlado, con asignación al azar, ciego, efectuado en pacientes de 14 a 40 años con embarazo de término, atendidas por parto en el Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza, ISSSTE, en el periodo agosto-diciembre de 2015 con el objetivo de comparar la efectividad de la oxitocina intramuscular versus oxitocina intravenosa, versus infusión intravenosa de oxitocina tradicional en el tratamiento activo del tercer periodo del trabajo de parto, más pinzamiento tardío y tracción controlada del cordón umbilical, obteniendo los siguientes resultados: se atendieron 152 partos, pero solo 66 cumplieron los criterios de inclusión. Grupo 1 = 22 paciente, grupo 2 = 21 paciente y grupo 3 = 23 paciente. La media de edad fue de 26.9 ± 5.8 . En el volumen de sangrado hubo diferencias estadísticas significativas entre los tres grupos ($p=0.000$). Hubo reacciones adversas en 1.5% de las pacientes, sin diferencias entre los grupos ($p=0.337$). Las diferencias en los valores de hemoglobina y hematocrito inicial y final tuvieron significación estadística, ($p= 0.000$ para ambos casos). Concluyeron que a pesar de las diferencias obtenidas entre los tres tipos de tratamiento, en el análisis de las diversas variables, los tres esquemas fueron efectivos para prevenir la hemorragia obstétrica (Neri-Mejía M, Pedraza-Avilés AG, 2016).

A nivel Nacional

En HEODRA se realizó un estudio desde septiembre de 2002 a enero de 2003, en donde se comparó el manejo activo del tercer periodo del parto con el manejo pasivo, se estudió un total de 62 pacientes, las cuales 24 no recibieron manejo activo y 38 que si lo recibieron, en este estudio se logró confirmar que el manejo activo del tercer periodo del parto, disminuye los episodios de hemorragia posparto.

En 2007 se realizó un estudio en Hospital Asunción de Juigalpa en Chontales en Nicaragua, las principales causas que llevaron al puerperio patológico por hemorragia posparto, fueron retención placentaria siendo la primera causa, en un 43%, seguido por desgarros obstétricos y atonías uterinas en un 17%, mismas que fueron resueltas gracias al manejo inmediato y cumplimiento del protocolo.

JUSTIFICACIÓN

Desde el enfoque en la salud de la mujer, es un problema reconocido a nivel mundial, cada vez adquiere mayor relevancia las complicaciones vinculadas al embarazo, parto y puerperio. En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto constituye por sí sola la principal causa de morbilidad materna, se afirma que complica cerca del 10.5% de los nacimientos a nivel mundial cada año, la mayor incidencia y mortalidad se presenta principalmente durante las primeras 24 horas posparto, periodo denominado como puerperio inmediato (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015)

La mayor parte de las muertes maternas atribuidas a esta causa son potencialmente evitables, actualmente existen tratamientos, manejos y procedimientos protocolizados que se ponen en prácticas desde la captación al inicio del embarazo. Entre las medidas de prevención que se toman en cuenta durante el parto a todas las mujeres independientemente de la existencia o no de factores de riesgo es el manejo activo del tercer periodo activo del parto o MATEP (MINSA-Nicaragua, 2008).

Este manejo consiste en cuatro específicos pasos que permiten la contracción uterina y la presencia del globo de seguridad de Pinard, previniendo desde el momento antes del alumbramiento que la puérpera presente hemorragia.

Es por eso que la calidad de atención y manejo de hemorragia postparto son fundamentales así como determinar si existe un cumplimiento adecuado del esquema lógico del tratamiento para disminuir situaciones fatales, pues las principales razones para la alta mortalidad materna son la demora en el reconocimiento, falta de reemplazo adecuado de la volemia y demora en la intervención quirúrgica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. La causa principal son las hemorragias intensas (generalmente puerperales) siendo el 25% de todas las causas de muerte materna (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

Es necesario un estricto cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia postparto por lo cual se elabora la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de protocolo para el manejo de hemorragia postparto en pacientes ingresadas en salas de puerperio patológico en pacientes ingresadas en sala puerperio patológico del Hospital Berta Calderón Roque primer semestre del 2016?

De igual manera se sistematiza de la siguiente manera:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes a estudio?.
- ¿Cómo son los datos ginecoobstetricos de los pacientes a estudio?.
- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo y el parto del grupo de pacientes a estudio?.
- ¿Cuál es la causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio?.
- ¿Cómo es el cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio?.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia postparto en pacientes ingresadas en sala de puerperio patológico del hospital Berta Calderón Roque Managua primer semestre del 2016.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a estudio
2. Identificar los datos ginecoobstetricos de los pacientes a estudio
3. Enlistar los factores de riesgo asociados al embarazo y el parto del grupo de pacientes a estudio.
4. Conocer la causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio.
5. Establecer el cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

Definición

- ✓ Pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal.
- ✓ Pérdida sanguínea mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea.
- ✓ Caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea.
- ✓ Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria). (Normativa 109, abril 2013)

Clasificación

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

Factores de riesgo y etiología

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en 4 T:

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

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

- **Para que se presente alteraciones del tono uterino:**
 - ✓ Polihidramnios.
 - ✓ Malformaciones fetales.
 - ✓ Hidrocefalia.
 - ✓ Parto prolongado o precipitado.
 - ✓ Multiparidad.
 - ✓ RPM prolongada.
 - ✓ Fiebre.
 - ✓ Miomas uterinos.
 - ✓ Placenta previa.
 - ✓ Betamiméticos, Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.

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

- **Tejido:**
 - ✓ Cirugía uterina previa.
 - ✓ Anomalías placentarias (placenta succenturiata, cotiledón accesorio).

Diagnóstico

- Manifestaciones Clínicas de la Hemorragia Post Parto

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

- **Auxiliares diagnósticos:**

Pruebas de laboratorio

- ✓ Biometría hemática completa.
- ✓ Tipo y RH.
- ✓ Tiempo de sangría.
- ✓ Tiempo de coagulación.
- ✓ Tiempo parcial de tromboplastina.
- ✓ Tiempo de protrombina.
- ✓ Recuento de plaquetas.
- ✓ Glucemia.
- ✓ Urea.
- ✓ Creatinina.
- ✓ Fibrinógeno.
- ✓ Prueba de coagulación junto a la cama

Tratamiento, manejo y procedimientos:

Primer nivel de atención:

1. Durante la Atención Prenatal.

- ✓ Identificar el riesgo durante la atención prenatal de hemorragia post parto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.
- ✓ Garantizar consejería a la embarazada y/o familiares/acompañantes para identificar señales de peligro y hacer énfasis en las acciones establecidas por el Plan de Parto.
- ✓ Uso de antianémicos profilácticos y el tratamiento de la anemia en el embarazo:
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.

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)** ya que ayuda a prevenir la hemorragia postparto. En el manejo activo se incluyen:

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de ergometrina IM (si no está disponible la oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción. La oxitocina intramuscular produce contractilidad uterina a los 2 o 3 minutos después de aplicada la inyección, persistiendo el efecto por 2 a horas(Normativa 109, abril 2013)

2. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).

3. 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 contratracción 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 contratracción, 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.
- 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).

4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas, con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de pinard.

Durante la hemorragia post-parto

Primer Nivel de Atención

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

Segundo Nivel de Atención

- ✓ Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:
- ✓ Mantener a la paciente normotérmica 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 Trendelenburg (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 (D) negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.(Normativa 082. “norma de medicina transfusional” , diciembre 2011)
- ✓ 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 BHC completa, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
- ✓ Por cada 6 Uds. de paquete globular transfundir 4 unidades de Plasma fresco congelado cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).
- ✓ Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada10 kg de peso corporal.
- ✓ Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada10 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 Hemorragia Post Parto: Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

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

- ✓ mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl.
- ✓ Plaquetas mayores de 75,000.
- ✓ TP y TPT menor de 1.5 del control.
- ✓ Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.
- **Manejo según causa**

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 mili unidades por minuto). Si el sangrado continua administrar **Ergonovina** a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. (Ver Anexo No. 2). Si aún el el sangrado continua agregar **Misoprostol** en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.(FLASOG 2013)
- ✓ Masaje uterino continuo.
- ✓ Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
- ✓ Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero.

Compresión Bimanual del Útero

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.
- ✓ Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.

- ✓ Use una bata con mangas largas.
- ✓ Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

Procedimiento inicial

- ✓ Observe si hay signos de shock.
- ✓ Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
- ✓ Coloque una vía segura y pasar Solución Salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).
- ✓ Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
- ✓ Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- ✓ Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del Útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- ✓ Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.
- ✓ 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.(Morales Antonio L y Col Manejo exitoso de la Hemorragia Postparto 2006)

Compresión de la aorta abdominal

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

- ✓ Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas.

Procedimientos Quirúrgicos en la Hemorragia Post Parto (atonía uterina)

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventajas de la técnica	Comentarios
Ligadura de las arterias uterinas uni o bilateral	Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida	Poco realizada	Eficacia: 35% (unilateral) 75% (bilateral)
Ligadura de ligamento Utero-ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	Poco realizada Más difícil de realizar Requiere mayor tiempo Mayor riesgo de complicaciones (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter)	Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la arteria ilíaca
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las

			paredes anteriores y posteriores del útero
Histerectomía subtotal	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales
Histerectomía 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

▪ 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 esta en shock, evite utilizar sustitutos del plasma (por ejemplo dextrans) No hay evidencia que sean superiores a los cristaloides y en dosis elevada pueden ser dañinos.
- ✓ Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino.

- ✓ Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos. Realice el procedimiento bajo anestesia o sedación.
- ✓ Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- ✓ Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de ojo. Aplique las pinzas en ambos lados del desgarro y hale suavemente en diversas direcciones con objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Puede haber varios desgarros.
- ✓ Cierre los desgarros del cuello uterino con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarro), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado.
- ✓ Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- ✓ Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre. Luego:
 - Después de 4 horas, abra las pinzas parcialmente pero no las retire.
 - Después de 4 horas más, retire por completo la pinza.
- ✓ 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.

Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles a las de catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alérgicas

y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no es lo ideal.

Reparación de los desgarros de primero y segundo grado

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

- ✓ Brinde apoyo emocional y aliento. Use infiltración local con lidocaína. Si fuera necesario, use bloqueo pudendo.
- ✓ Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- ✓ Inspeccione para asegurarse de que no exista ningún desgarro de tercer o cuarto grado.
 - Coloque un dedo enguantado en el ano.
 - Levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter.
 - Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter.
- ✓ Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- ✓ Si el esfínter no está lesionado, proceda con la reparación.
- ✓ Aplique una solución antiséptica al área alrededor del desgarro.
- ✓ Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de lidocaína para la reparación, agregue adrenalina a la solución.
- ✓ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.
- ✓ 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.
- ✓ 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 2-0, comenzando en la abertura vaginal.

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
- ✓ 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.
- ✓ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.
- ✓ Repare el recto utilizando suturas separadas 3-0 ó 4-0 con una separación de 0.5 cm. entre ellas para Juntar la mucosa.
- ✓ Cubra la capa muscular juntando la capa de la aponeurosis con suturas interrumpidas.
- ✓ Aplique una solución antiséptica al área con frecuencia.
- ✓ 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.

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.

Ruptura Uterina

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

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 del útero poniéndose rígido y aumentando el volumen de sangre. (Maniobra de Johnson).

- ✓ 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, pongase 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 (maniobra de Johnson)

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

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

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 realice una incisión vertical de 2-3 cm.
- ✓ 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 maniobra :
 - 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 Vicryl.
- ✓ Cierre la piel posteriormente 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.

Retención Parcial De Placenta (Alumbramiento Incompleto):

Extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms 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.

Extracción Manual de la Placenta

Definición

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

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

Complicaciones

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

Condiciones Para El Procedimiento

- ✓ Consentimiento informado, debido a que en ocasiones el procedimiento no se realiza en condiciones de analgesia profunda, la mujer puede percibir dolor y molestia, por lo cual es importante explicarle cómo se realizará el procedimiento y especialmente, cuáles van a ser dichas molestias.
- ✓ Los familiares deben estar informados de la complicación que ocurre y si es posible firmar un consentimiento escrito a nombre de la paciente.

Elementos Claves Para Extracción Manual De Placenta Retenida

- ✓ Canalizar con bránula número 14 o 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámicamente.

- ✓ Administrar oxitocina.
- ✓ Tome muestra de sangre (Hematocrito y Hemoglobina) y prepare para hacer pruebas cruzadas y transfundir sangre total si es necesario.
- ✓ Brinde apoyo emocional y aliento.
- ✓ Si tiene condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no hacer sedación con 10 mg de diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar IV lento.
- ✓ Administre una dosis única de antibióticos profilácticos. Ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV, o 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.
- ✓ Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- ✓ Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente
- ✓ unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- ✓ Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- ✓ Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.

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

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.

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 continua 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.

- ✓ Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina.
- ✓ Indique sulfato ferroso.
- ✓ La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr iv cada 12 horas más metronidazol 500mg iv cada 8 horas o Clindamicina 900 mg iv cada 8 horas.
- ✓ Brindar consejería a la paciente sobre el uso de método anticonceptivo.

Trastornos de la coagulación

- ✓ Tratar la enfermedad subyacente si la hay.
- ✓ Uso de crioprecipitados una unidad por cada 10kg de peso corporal como medida ideal sino se cuenta con este iniciar transfusión de plasma fresco congelado una unidad por cada 10 kg de peso corporal lo incrementa el fibrinógeno en 10mg/dl por cada unidad
- ✓ Mantener el recuento plaquetario mayor a 50000
- ✓ Mantener el hematocrito en 30%
- ✓ Realizar interconsulta con medicina interna

Complicaciones

- ✓ Anemia
- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ Endometritis
- ✓ Sepsis
- ✓ Infertilidad

Definición de roles por nivel de atención

- **Criterios de traslado**
 - ✓ Carencia de recursos humanos calificados
 - ✓ Carencia de equipos 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 usando

- **Criterios de alta**

- ✓ Ausencia de sangrado anormal
- ✓ Hematocrito en límites aceptables 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 contrareferida a la unidad de salud de su procedencia
- ✓ Consejería y oferta de método de planificación familiar
- ✓ Consejería sobre lactancia materna
- ✓ Dieta adecuada a su requerimiento
- ✓ Retiro de punto y continuidad al tratamiento
- ✓ Administrar Dt si el esquema esta completo o no se conoce
- ✓ Administre sulfato ferroso, ácido fólico o vitamina B12

MATERIAL Y MÉTODO

Lugar y periodo de estudio:

El estudio será realizado en el hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en la ciudad de Managua, departamento de Managua durante Enero-Julio 2016.

Tipo de estudio:

Estudio Observacional, Cuantitativo, Descriptivo, Retrospectivo, y de Corte transversal. (Hernández , Fernández y Batista, 2014)

Universo:

Conformado por 48 pacientes que fueron ingresadas a sala de puerperio patológico del hospital Bertha Calderón Roque, con diagnóstico de hemorragia posparto durante el periodo en estudio.

Muestra:

Igual al Universo conformada por las 48 pacientes que fueron ingresadas a sala de puerperio patológico con diagnóstico de hemorragia posparto durante el periodo en estudio.

Tipo de muestreo:

No probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Toda paciente que fue ingresada a sala de puerperio patológico del HBCR y presento hemorragia posparto durante el periodo en estudio.
- Expedientes clínicos completos.

Criterios de exclusión:

- Toda paciente ingresada en sala de puerperio patológico del HBCR en un periodo fuera del estudio.
- Todas las pacientes que fueron ingresadas en puerperio fisiológico que no tuvieron complicación por hemorragia postparto.

- Expedientes clínicos incompletos

Enumeración de variables.

1. Describir las características sociodemográficas del grupo de pacientes a estudio:
 - Edad.
 - Escolaridad.
 - Estado civil.
 - Religión.
 - Procedencia.
 - Ocupación.
2. Identificar los datos gineco-obstétricos del grupo de pacientes a estudio:
 - Gestación.
 - Paridad.
 - Aborto.
 - Cesárea.
 - Legrado.
 - Número de controles prenatales.
 - Periodo intergésico.
3. Enlistar los factores de riesgo asociados al embarazo, parto y puerperio del grupo de pacientes a estudio:
 - Durante el embarazo.
 - Durante el parto.
 - Durante el puerperio.
4. Conocer la causa inmediata de sangrado postparto del grupo de pacientes en estudio.
 - Causa de Hemorragia postparto
5. Describir el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto:
 - Nivel de cumplimiento.

Operacionalización de las variables.

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta su ingreso hospitalario.	Años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 15 a. 2. 15-24 a. 3. 25-34 a. 4. Mayor de 34.
Escolaridad	Grado de desarrollo académico del individuo.	Grado aprobado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta. 2. Alfabeto. 3. Primaria. 4. Secundaria. 5. Técnico. 6. Universitario.
Estado civil	Situación de la persona, determinada por sus relaciones de familia que establece ciertos derechos y deberes.	Situación legal y estable.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera. 2. Casada. 3. Separada. 4. Unión libre.
Religión	Actividad humana sobre creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Creencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica. 2. Evangélica. 3. Otras.
Procedencia	Lugar de origen, propia del individuo.	Lugar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano. 2. Rural.
Ocupación	Profesión u empleo.	Perfil.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa. 2. Comerciante. 3. Oficinista.
Gestación	Número de	Cantidad de gestas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta.

	embarazos con los que ha cursado la mujer.		<ol style="list-style-type: none"> 2. Multigesta. 3. Gran Multigesta.
Paridad	Número de partos vía vaginal o cesárea que ha tenido la mujer.	Paras.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primípara. 2. Multípara. 3. Gran multípara.
Aborto	terminación del embarazo por expulsión o extracción del feto muerto antes de las 20 SG con un peso menor a 500 gr	Numero	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno. 2. 1. 3. 2. 4. Más de 2.
Cesárea	Finalización del embarazo por intervención quirúrgica. Parto que no finaliza por acción propia.	Número.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna. 2. 1. 3. 2. 4. Más de 2.
Legrado	Técnica consistente en el raspado de las paredes interiores del útero para fines de muestra de endometrio o para vaciar el útero.	Número.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno. 2. 1. 3. 2. 4. Más de 2.
Edad Gestacional	Tiempo transcurrido en semanas, desde la FUM hasta el momento del nacimiento.	Semanas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 37 SG. 2. 37-41 SG. 3. Mayor de 41 SG.

Controles Prenatales	Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas entre la embarazada y el equipo de salud.	Número.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno. 2. 1-3. 3. Mayor de 3.
Período Intergénésico	Tiempo transcurrido desde la finalización del último embarazo hasta el inicio del embarazo actual.	Meses.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor 18 meses. 2. Mayor de 18 meses. 3. No aplica.
Factores de riesgo durante el embarazo	Características sociales, biológicas o genéticas que durante el embarazo significan mayor compromiso y alteraciones patológicas con repercusión a la salud feto-materna.	Tipo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemorragia posparto previa. 2. Antecedentes de desórdenes hemostáticos. 3. Embarazo múltiples. 4. Polihidramnios. 5. Miomas uterinos. 6. Placenta previa. 7. RPM prolongada.
Factores de riesgo durante el parto	Características sociales, biológicas o genéticas que durante el parto significan mayor compromiso y alteraciones patológicas, con repercusiones a la salud feto-materna	Tipo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inducción y conducción con oxitocina. 2. Parto prolongado. 3. Parto precipitado. 4. Fiebre. 5. Parto instrumentado. 6. Falta de cumplimiento del

			MATEP.
Causas Inmediata de Hemorragia Posparto	Causa de pérdida sanguínea posterior del parto	Guía de evaluación del MINSA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atonía Uterina 2. Desgarros cervicales, vaginales, periné 3. Retención placentaria 4. Retención de fragmentos de placenta 5. Inversión uterina 6. Ruptura Uterina
Nivel de cumplimiento	Nivel de realización del protocolo de atención para hemorragia posparto, por parte del médico tratante.	Guía de evaluación del MINSA	<ol style="list-style-type: none"> 7. Satisfactorio 8. Insatisfactorio.

Métodos para recolectar la información:

La recolección de la información se realizó mediante el llenado de una encuesta que consta de preguntas cerradas, contemplando los objetivos específicos de la investigación, así mismo se llenó la matriz protocolaria del Ministerio de salud de Nicaragua en base a Hemorragia posparto mediante la revisión los expedientes clínicos de las pacientes en estudio.

Métodos para analizar la información:

Para el proceso y análisis de la información, se utilizó programas computarizados estadísticos. En este caso se Utilizó SPSS versión 20.0 para generar una base de datos que nos permita procesar la información recolectada, así mismo se utilizó Microsoft Office con el programa de Excel 2010 para realización de tablas de frecuencia, porcentaje y los respectivos gráficos de barras simples, compuestas, gráfico de sectores y polígono de frecuencia además se utilizó Microsoft Word para elaboración del documento final y Power Point para su posterior presentación.

Aspectos Éticos

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos que nos proporcionaron. Así mismo se evitó la utilización de los datos para fines diferentes al estudio.

Se solicitó el apoyo y permiso a la dirección del Hospital Bertha Calderón Roque asegurándole y comprometiéndonos a que nuestro trabajo se apegara a la ética médica bajo los principios de una investigación de carácter científico.

RESULTADOS

Para este estudio el total de la muestra fue de 48 mujeres ingresadas a sala de puerperio patológico por presentar Hemorragia posparto que corresponde al 100%.

En cuanto a las características sociodemográficas el rango de edades que más prevalece es de 25 a 34 años que corresponde al 35.4%(17), de 20-24 años 35.4%(17), menor de 15 años 10.4%(5) y en menor proporción mayor de 34 años con 6.3%(3). Dentro de la escolaridad se encontró en orden de frecuencia secundaria 72.9%(35), primaria 14.6%(7), Universitario y Alfabeta 4.2%(2) y Analfabeta y técnico 2.1%(1).

Con respecto al estado civil, Unión libre 63%(30), soltera 22.9%(11) y casada 14.6%(7). En la religión la que mayor practican las paciente es Católica 70.8%(34), evangélica 22.9%(11) y Ninguna 6.3%(3). Con la procedencia la mayoría son urbana 64.6%(31), y rural un 35.4%(17), en la ocupación ama de casa correspondía un 87.5%(42), Comerciante 10.4%(5) y Oficinista 2.1%(1).

En los antecedentes Ginecoobstétricos, con respecto a las gestas el 68.8%(33) de las mujeres son multigestas, 29.1%(14) primigestas y 2.1%(1) Granmultigestas. En los partos 56.2%(27) eran Multíparas, 41.7%(20) Primíparas y Gran múltipara 2.1%(1). En cuanto a los abortos el 87.5%(42) no presentaba ningún aborto, 12.5%(4) habían tenido un aborto. En los legrados 87.5%(42) no había tenido ninguno, 12.5%(4) habían tenido un legrado. En la vía de finalización del embarazo el 100% de las pacientes fue vía vaginal.

Dentro de los datos del embarazo actual, en cuanto a la edad gestacional el 97.9%(47) estaba en 37-41 SG y menor de 37 SG 2.1%(1). Con los CPN las pacientes que tenían más de 3 controles representa el 58.3%(28) y de 1-3 controles 41.7%(20). Con el periodo intergenésico el 58.3%(28) fue menor de 18 meses, 29.2%(14) no aplicaba y 12.5%(6) fue mayor de 18 meses.

En los factores de riesgo en embarazos anteriores el 4%(2) tenían antecedente de hemorragia posparto, el 66.7%(32) no tenía antecedentes de hemorragia y el 29.2%(14) no aplicaba. En cuanto al antecedente de desorden Homeostático 70.8%(8) no tenía este antecedente y el 29.2%(14) no aplicaba.

En cuanto a los factores de riesgo de embarazo actual el 100%(48) no presentaba: Embarazo Múltiple, Polihidramnios, Miomas Uterinos y Placenta Previa. Solo el 10.4%(5) presentaba Ruptura prematura de membrana como factor de riesgo.

En los factores de riesgo intraparto el 100%(48) se utilizó oxitocina durante el trabajo de parto, parto prologando 91.7%(44) no se prolongó y el 8.3%(4) si se prolongó, parto precipitado 89.6%(43) no y el 10.4%(5) si, en cuanto a fiebre y parto instrumentado el 100%(48) no se presentó. Con respecto al cumplimiento de MATEP se cumplió en un 100%(48).

En las causas inmediatas de sangrado posparto se encontró que la que más prevaleció fue Atonía uterina en un 39.6%(19), seguido en orden de frecuencia desgarros cervicales, vaginales y de periné con 29.2%(14), retención de restos de placenta 20.8%(10), retención placentaria 8.3%(4), inversión uterina 2.1%(1) y no hubo ningún caso con de ruptura uterina.

Con respecto al nivel jerárquico de atención del parto el 43.8%(22) lo atendió un Residente de segundo año, seguido de 27.1%(13) Residente de tercer año, 22.9%(11) Residente de primer año, 6.3%(3) Residente de cuarto año.

En el cumplimiento del llenado correcto, de la ficha protocolaria del ministerio de salud de acuerdo a las causas de hemorragia posparto en Atonía uterina 100%(19) fue satisfactorio, desgarros cervicales, vaginales y periné 100%(14) satisfactorio, retención de restos de placenta 100%(10) satisfactorio, retención placentaria 100%(4) satisfactorio e inversión uterina 100%(1) satisfactorio.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La presente investigación pretende evaluar el cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016, para ello se analizaron 48 expedientes clínicos de mujeres ingresadas a sala de puerperio patológico que presentaron hemorragia posparto.

Características sociodemográficas

En cuanto a las características sociodemográficas el rango de edades que más prevalece es de 25 a 34 años. Dicha estadística, al menos en comparación con las edades de las mujeres embarazadas, no coincide con las estadísticas nacionales, esto debido a que Nicaragua cuenta con una tasa de 109 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edades de entre 15 a 19 años (La Prensa, 2016).

Lamentablemente en Nicaragua, 63% de las mujeres jóvenes tienen su primera relación sexual antes de cumplir 18 años, y 46 por ciento quedan embarazadas antes de cumplir esa mayoría de edad. Sumado a esto debido a la baja reinserción escolar, las mujeres que quedan embarazadas a temprana edad, permanecen con bajo niveles de escolaridad durante el resto de sus vidas.

La aprobación del nuevo código de la familia ha permitido ampliar el concepto de familia, ya que reconoce todos los modelos de organización familiar, empezando por la familia nuclear, pero también la monoparental, la familia ampliada y la familia reconstruida o ensamblada, eso ha llevado a incorporar el status Unión libre como una práctica normal y la define como el acuerdo voluntario entre un hombre y una mujer, sin impedimento legal para contraer matrimonio, que libremente hacen vida en común de manera estable, notoria y singular, mantenida por dos años consecutivamente. Lo interesante de esto sería si realmente posterior al embarazo dicha unión se mantendrá estable o no, el periodo de convivencia habrá sido hasta verdaderamente los dos años, son algunas de las interrogantes que pueden arrojar estos datos.

Nicaragua es un país laico según su constitución política, sin embargo por la historia de la conquista española, la mayoría de la población aún se mantiene católica, tal y como lo reflejan las estadísticas del presente estudio, no sin omitir, que las tasas del catolicismo ha venido descendiendo hace un par de años atrás.

El hospital Bertha Calderón es el hospital de máxima resolución a nivel materno, y se encuentra ubicado en la capital del país, por lo que se puede asumir que la mayoría de las pacientes podrían ser de procedencia urbana, debido a la ubicación geográfica y accesibilidad a dicho servicio de salud.

A como se había planteado la baja deserción escolar de embarazadas limitan el poder obtener un trabajo digno, y por ende al acceso a un trabajo formal, por lo que la mayoría prefiere quedarse en casa como ama de casa.

La mayoría de dichas pacientes habían tenido más de dos embarazos y de igual manera más de 2 partos, esto asociado a la edad temprana del inicio de la vida sexual activa, sin embargo un 12.5%(4) habían tenido un aborto y por ende se realizaron legrado.

Algo interesante es que según la información obtenida la vía de finalización del embarazo fue vía vaginal en todas las mujeres, contradiciendo algunos estudios que revelan un 12% de cesáreas. Podría asociarse a los adecuados controles prenatales que tuvieron más de 3 CPN y que la atención médica oportuna fue entre la 37 a 41 semanas gestacionales. En aquellas mujeres que tenían de dos a más hijos el periodo entre un embarazo y otro fue menor de 18 meses

Al analizar los factores de riesgo en embarazos anteriores la mayoría no tenía antecedentes de hemorragia ni desorden homeostático, no existiendo asociación representativa, sin embargo en relación a los factores de riesgo del embarazo actual se presentó ruptura prematura de membrana tal y como lo plantea la literatura internacional y los estudios de Sosa y Althabe.

El uso de oxitocina se evidenció como factor de riesgo intraparto, ya que el 100%(48) utilizó oxitocina durante el trabajo de parto, coincidiendo con el estudio de Hernandez-Morales y García –de la Torre, que plantea el uso indiscriminado de dicho medicamento, sin argumento sustentable para la aplicación.

Con respecto al cumplimiento de MATEP se cumplió en un 100%(48), dicho aspecto es importante según el estudio del HEODRA que reveló que el manejo activo del tercer periodo del parto es mejor que el manejo pasivo.

Se calcula que en el mundo anualmente mueren 125,000 mujeres por hemorragia obstétrica, siendo las principales causas las alteraciones en la inserción placentaria, la atonía uterina, alteraciones de la coagulación y las lesiones traunáticas del útero y del canal obstétrico. Dicha

afirmación coincide con los resultado de dicha investigación que refleja que las causas inmediatas de sangrado posparto que más prevaleció fue Atonía uterina en un 39.6%(19), seguido en orden de frecuencia desgarros cervicales, vaginales y de periné con 29.2%(14), retención de restos de placenta 20.8%(10), retención placentaria 8.3%(4), inversión uterina 2.1%(1) y no hubo ningún caso con de ruptura uterina.

Con respecto al nivel jerárquico de atención del parto el 43.8%(22) lo atendió un Residente de segundo año, seguido de 27.1%(13) Residente de tercer año, 22.9%(11) Residente de primer año, 6.3%(3) Residente de cuarto año. Por jerarquía y costumbre los residentes que se encuentran realizando sus primeros años son los que deben participar y practicar en la atención del parto para tomar experiencia.

El ministerio de salud de Nicaragua (MINSAL) elaboró una ficha de evaluación para el cumplimiento del llenado correcto en la atención a embarazadas, dicha ficha fue el instrumento utilizado en dicha investigación, encontrando que en todas las situaciones planteadas fue un manejo satisfactorio. Dicha situación se debe a la constante capacitación que realiza tanto el MINSAL Central como los médicos de bases docentes del Hospital Bertha Calderón Roque, conocida como la “santa casa” en ginecoobstetricia. Dicho hospital es el hospital de referencia nacional y constantemente está siendo monitorizada para evaluar el adecuado manejo de las mujeres.

CONCLUSIONES

- En las características sociodemográficas el grupo de edades que más prevaleció fue entre 25-34 años, de escolaridad secundaria, estado civil unión libre, religión católica, procedencia urbana y ocupación ama de casa.
- En lo antecedentes ginecoobstétricos la mayoría era multigesta, de igual manera multípara, no habían tenido ningún aborto y legrado y no se les había realizado ninguna cesárea. Con respecto al embarazo actual la mayoría se encontraba entre las 37-41 SG, tenían más de 3 controles prenatales y el período intergénésico era menor de 18 meses.
- En cuanto a los factores de riesgo la mayoría no tenían en embarazos anteriores y en el embarazo actual solo una pequeña cantidad tenía RPM prolongada, con respecto a los factores intraparto a todas se les aplicó oxitocina durante el trabajo de parto y se les cumplió el manejo activo del tercer período de parto
- Dentro de las causas inmediatas de sangrado posparto se encontró que la que mayor prevalece es la atonía uterina.
- Con el cumplimiento del protocolo según causa de hemorragia posparto de las pacientes en estudio según la causa inmediata se encontró que el cumplimiento fue satisfactorio.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- Continuar con la revisión de la lista de Chequeo al Protocolo para la Atención de la Hemorragia Postparto al personal de salud.
- Realizar capacitaciones de educación continua en el personal de salud sobre el manejo de embarazadas, principalmente en las emergencias obstétricas.

Al Hospital Bertha Calderón Roque

- Brindar mayor apoyo a las comisiones dedicadas a la revisión de los expedientes clínicos, así como realizar estudios de casos de los resultados obtenidos.
- Presentar periódicamente los resultados de los estudios realizados por el personal de salud que conforma la comisión así como cualquier investigación de grado o posgrado que evalúe dichos aspectos
- A los médicos que trabajan en el área de ginecología que indiquen los exámenes completos a las pacientes, y si éstos no se pueden realizar, establecer notas o comentarios en el expediente clínico que reflejen el motivo por el cual no se llevaron a cabo.
- A los médicos que trabajan en unidades primarias de salud, incluir el uso de sello de MATEP en las hojas de referencia, de pacientes que presenten hemorragia postparto, para evitar de esta manera el no incluir ésta información valiosa para el seguimiento de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alejandro Hernández. (2007). Calidad de atención en la vigilancia de trabajo de parto con partograma. León, Managua.
- Banco Mundial. (2014). *Banco Mundial*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN?locations=NI&view=chart>
- CLAP, OPS/OMS. (2014). *Página oficial de OMS/OPS*. Obtenido de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=es
- Claudio G. Sosa, Fernando Althabe. (2009). Factores de riesgo asociados a hemorragia post-parto en pacientes con parto vaginal en una población de América Latina. *Greenjournal*.
- Dr. Danilo Nápoles Méndez, Dra. Amelia Emilia Bajuelo Páez. (2004). EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO. *MEDISAN*, 64-72. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf
- Hernández , Fernández y Batista. (2014). *Metodología de la investigación* . México D.F: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández-Morales MA, García-de la Torre J. (2016). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo. *Ginecol Obstet Mex Revista*.
- Mauro Parra C. (2007). PARTOGRAMA EN MUJERES MULTÍPARAS CON MANEJO MÉDICO DEL TRABAJO DE PARTO. *Revista Chilena de Obstetricia y Gineología* , 160-164.
- MINSA-Nicaragua. (2008). NORMAS Y PROTOCOLOS PARA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO. Managua, Nicaragua.
- Neri-Mejía M, Pedraza-Avilés AG. (2016). Tratamiento activo del tercer periodo del trabajo de parto: tres esquemas de oxitocina. *Ginecol Obstet Mex Revista*.
- OMS. (Noviembre de 2016). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *OMS*. Obtenido de http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). Obtenido de http://search.who.int/search?q=Hemorragia%20posparto&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxy_stylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

Ricardo Schwarcz. (2005). *OBSTETRICIA*. Argentina: El Ateneo.

Rocha IM y de Oliveira SM. (2009). Partograma como instrumento de análisis en la asistancia del parto.
Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P , 880-8.

Vieira García Novo, Joe Luiz. (2016). Analysis of assistance procedures to normal birth in primiparous.
Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 30-35.

Zeledón y Abarca. (1997). Aplicación del partograma en el servicio de labor y parto en el hospital Berta Calderón Roque. Managua, Nicaragua.

ANEXO

Instrumento para determinar el nivel de Cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia posparto en pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

I. Datos generales 1.

Edad

- a. Menor de 15 años ___
- b. 15-24 años ___
- c. 25-34 años ___
- d. Mayor de 34 años ___

2. Escolaridad

- a. Analfabeta ___
- b. Alfabeta ___
- c. Primaria ___
- d. Secundaria ___
- e. Técnico ___
- f. Universitaria ___

3. Estado civil

- a. Soltera ___
- b. Casada ___
- c. Unión libre ___
- d. Otro ___

4. Religión

- a. Católica ___
- b. Evangelica ___
- c. Otra ___
- d. Ninguna _

5. Procedencia

- a. Urbano ___
- b. Rural ___

6. Ocupación

- a. Ama de casa__
- b. Comerciante__
- c. Oficinista__

II.Datos gineco-bstetricos

7. Gestas

- a. Primigesta__
- b. Multigesta__
- c. Granmultigesta__

8. Paridad

- a. Primipara__
- b. Multípara__
- c. Granmultípara__

9. Aborto

- a. Ninguno__
- b. 1__
- c. 2__
- d. Mas de 2__

10. Cesarea

- a. Ninguna__
- b. 1__
- c. 2__
- d. Mas de 2__

11. Legrado

- a. Ninguno__
- b. 1__
- c. 2__
- d. Mas de 2__

12. Edad gestacional

- a. Menor de 37 SG__
- b. 37-41 SG__

c. Mas de 41 SG__
13. Controles prenatales

- a. Ninguno__
- b. 1-3__
- c. Mas de 3__

14. Periodo intergenesico

a. Menor de 18 meses__

b. Mayor de 18 meses__

c. No aplica__

III.Factores de riesgo en embarazos

Embarazos anteriores:

SI

No

15. Antecedentes de hemorragia posparto

__

__

16. Antecedentes de desrdenes hemostasiocos

__

__

Embarazo actual:

17. Embarazo multiple

__

__

18. Polihidramnios

__

__

19. Miomas uterinos

__

__

20. Placenta previa

__

__

21. RPM prolongada

__

__

22. Uso de oxitocin en trabajo de parto

__

__

23. Parto prolongado

__

__

24. Parto prcipitado

__

__

25. Fiebre

__

__

26. Parto instrumentado

__

__

27. Cumplimiento de MATEP

__

__

Causa inmediata del sangrado posparto

28. Atonía uterina __

29. Desgarros cervicales, vaginales y perine __

30. Retención placentaria __

31. Retención de restos de pacentia __

32. Inversion uterina __

33. Ruptura uterina __

IV. Nivel de cumplimiento del protocolo

34. Nivel jerárquico de atención del parto

a. R1 __

b. R2 __

d. R3

e. R4 __

f. MB__

Número de Expediente→							
ATONIA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
Acciones Inmediatas:							
1	-Realizó masaje uterino						
2	-Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra.						
3	-Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.						
Usó de oxitócicos juntos o en secuencia:							
4	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrína contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.						
5	-Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo3L)						
6	-Si se requirió transfusión, se realizó la misma.						
Maniobras (Que salvan vidas):							
7	Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal.						
8	Mantuvo la Compresión Bimanual del Utero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.						
9	En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital						
10	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución						
Expediente Cumple							

Número de expediente							
DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios		1	2	3	4	5	prom
El diagnóstico de desgarro de vagina, cuello y periné se baso en							
1	Sospeché de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.						
2	Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.						
Acciones Inmediatas:							
3	Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.						
4	Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución						
Expediente cumple							

Número de Expediente →							
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:							
1	La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30mincon Manejo Expectante						

Acciones Inmediatas:							
3	Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.						
4	Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.						
5	Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:							
6	Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min).						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo:							
7	Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé)..						
8	Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.						
9	Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.						
10	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución						
Expediente Cumple:							
.							

Número de Expediente→							
RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.						
2	Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.						
3	Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.						
4	Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							

Número de Expediente→							
INVERSIÓN UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).						
2	NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.						
3	Si la mujer tenía dolor severo , aplicó ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.						
4	Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV o Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.						
6	Si había signos de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.						
7	Si sospechó necrosis , indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.						
8	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						

Expediente Cumple:

--	--	--	--	--	--	--	--

RUPTURA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.						
2	Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata Para extraer bebé y placenta.						
3	Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, Reparó el útero.						
4	Si útero no se pudo reparar , realizó histerectomía total o subtotal.						
5	Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).						
6	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						

Expediente Cumple:

V. Evolución

- 42. satisfactoria
- 43. no satisfactoria

Tablas y Gráficos

Tabla1. Características Sociodemográficas de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Características Sociodemográficas			
		Frecuencia	Porcentaje
EDAD	Menor de 15 años	5	10.4%
	15-24 años	17	35.4%
	25-34 años	23	47.9%
	Mayor de 34 años	3	6.3%
	Total	48	100%
ESCOLARIDAD	Analfabeta	1	2.1%
	Alfabeta	2	4.2%
	Primaria	7	14.6%
	Secundaria	35	72.9%
	Técnico	1	2.1%
	Universitaria	2	4.2%
	Total	48	100%
ESTADO CIVIL	Soltera	11	22.9%
	Casada	7	14.6%
	Unión Libre	30	63%
	Total	48	100%
RELIGIÓN	Católica	34	70.8%
	Evangélica	11	22.9%
	Ninguna	3	6.3%
	Total	48	100%
PROCEDENCIA	Urbano	31	64.6%
	Rural	17	35.4%
	Total	48	100%
OCUPACIÓN	Ama de casa	42	87.5%
	Comerciante	5	10.4%
	Oficinista	1	2.1%
	Total	48	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 2. Antecedentes Ginecoobstétricos de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Antecedentes Ginecoobstétricos		Frecuencia	Porcentaje
Gesta	Pimigesta	14	29.1%
	Multigesta	33	68.8%
	Granmultigesta	1	2.1%
	Total	48	100.0%
Para	Primípara	20	41.7%
	Multípara	27	56.2%
	Gran múltipara	1	2.1%
	Total	48	100%
Aborto	Ninguno	42	87.5%
	Uno	6	12.5%
	Dos	0	0%
	Total	48	100%
Legrado	Ninguno	42	87.5%
	Uno	6	12.5%
	Dos	0	0%
	Total	48	100%
Cesárea	Ninguno	48	100%
	Total	48	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 3. Datos de Embarazo Actual de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Datos de Embarazo Actual		Frecuencia	Porcentaje
Edad Gestacional	Menor de 37 SG	1	2.1%
	37 a 41 SG	47	97.9%
	Mayor de 41 SG	0	0%
	Total	48	100%
CPN	1-3 controles	20	41.7%
	Más de 3	28	58.3%
	Total	48	100%
Período Intergenésico	menor de 18 meses	28	58.3%
	Mayor de 18 Meses	6	12.5%
	No aplica	14	29.2%
	Total	48	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4. Factores de Riesgo en embarazos anteriores de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Factores de Riesgo Embarazos anteriores		Frecuencia	Porcentaje
Presencia de Factores de Riesgo en Embarazos Anteriores	Si	2	4.2%
	No	32	66.7%
	No Aplica	14	29.2%
	Total	48	100%
Antecedente de Hemorragia Posparto	Si	2	4%
	No	32	66.7%
	No Aplica	14	29.2%
	Total	48	100%
Antecedentes de Desordenes Hemostático	Si	0	0%
	No	34	70.8%
	No Aplica	14	29.2%
	Total	48	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 5. Factores de Riesgo de embarazo actual en las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Factores de Riesgo de Embarazo Actual		Frecuencia	Porcentaje
Embarazo Múltiple	Si	0	0%
	No	48	100%
	Total	48	100%
Polihidramnios	Si	0	0%
	No	48	100%
	Total	48	100%
Miomas Uterinos	Si	0	0%
	No	48	100%
	Total	48	100%
Placenta Previa	Si	0	0%
	No	48	100%
	Total	48	100%
RPM Prolongada	Si	5	10.4%
	No	43	89.6%
	Total	48	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 6. Factores de Riesgo intraparto de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Factores de Riesgo Intraparto		Frecuencia	Porcentaje
Uso de Oxitocina Durante el Trabajo de parto	Si	48	100%
	No	0	0%
	Total	48	100%
Parto Prolongado	Si	4	8.3%
	No	44	91.7%
	Total	48	100%
Parto Precipitado	Si	5	10.4%
	No	43	89.6%
	Total	48	100%
Fiebre	Si	0	0%
	No	48	100%
	Total	48	100%
Parto Instrumentado	Si	0	0%
	No	48	100%
	Total	48	100%
Cumplimiento del MATEP	Si	48	100%
	No	0	0%
	Total	48	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 7. Causas Inmediatas de Sangrado Posparto de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Causas Inmediatas de Sangrado Posparto		Frecuencia	Porcentaje
Atonía Uterina	Si	19	39.6%
	No	29	60.4%
	Total	48	100%
Desgarros cervicales, Vaginales, periné	Si	14	29.2%
	No	34	70.8%
	Total	48	100%
Retención Placentaria	Si	4	8.3%
	No	44	91.7%
	Total	48	100%
Retención de restos de placenta	Si	10	20.8%
	No	38	79.2%
	Total	48	100%
Inversión Uterina	Si	1	2.1%
	No	47	97.9%
	Total	48	100%
Ruptura uterina	Si	0	0%
	No	48	100%
	Total	48	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 8. Nivel Jerárquico de la atención al parto de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48

Nivel Jerárquico de la atención al parto	Frecuencia	Porcentaje
RI	11	22.9%
R2	21	43.8%
R3	13	27.1%
R4	3	6.3%
MB	0	0%
Total	48	100%

Fuente: Expediente clínico

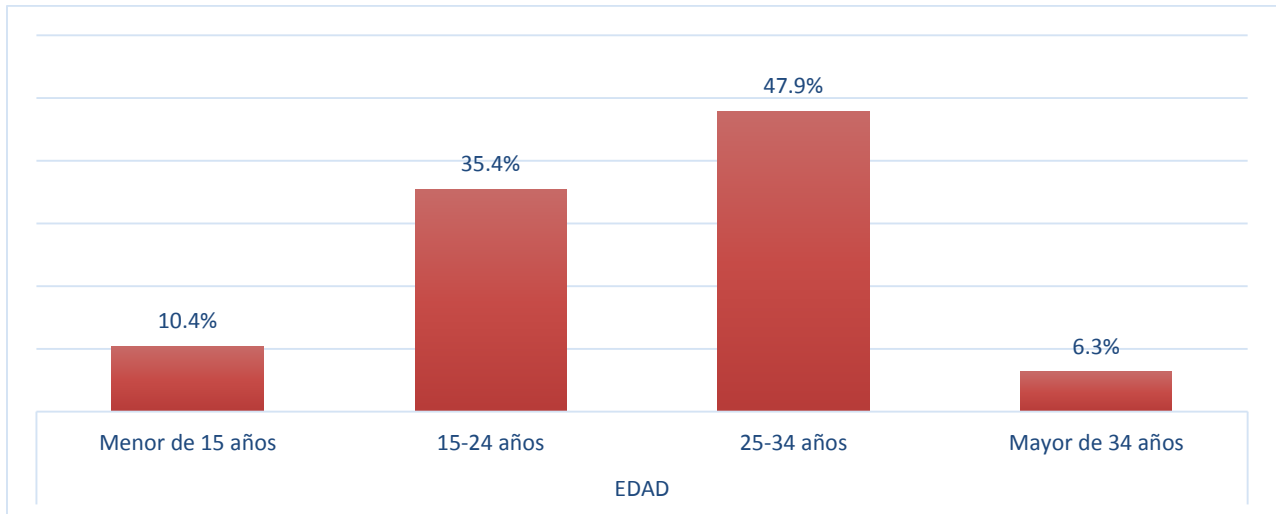
Tabla 8. Cumplimiento del protocolo del MINSA según causa de sangrado posparto de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016. n=48

Cumplimiento del protocolo del MINSA según causa de sangrado posparto		Frecuencia	Porcentaje
Atonía Uterina	Satisfactorio	19	100%
	Insatisfactorio	0	0%
	Total	19	100%
Desgarros cervicales, Vaginales, periné	Satisfactorio	14	100%
	Insatisfactorio	0	0%
	Total	14	100%
Retención Placentaria	Satisfactorio	4	100%
	Insatisfactorio	0	0%
	Total	4	100%
Retención de restos de placenta	Satisfactorio	10	100%
	Insatisfactorio	0	0%
	Total	10	100%
Inversión Uterina	Satisfactorio	1	100%
	Insatisfactorio	0	0%
	Total	1	100%
Total de todas las causas		48	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 1. Edad de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

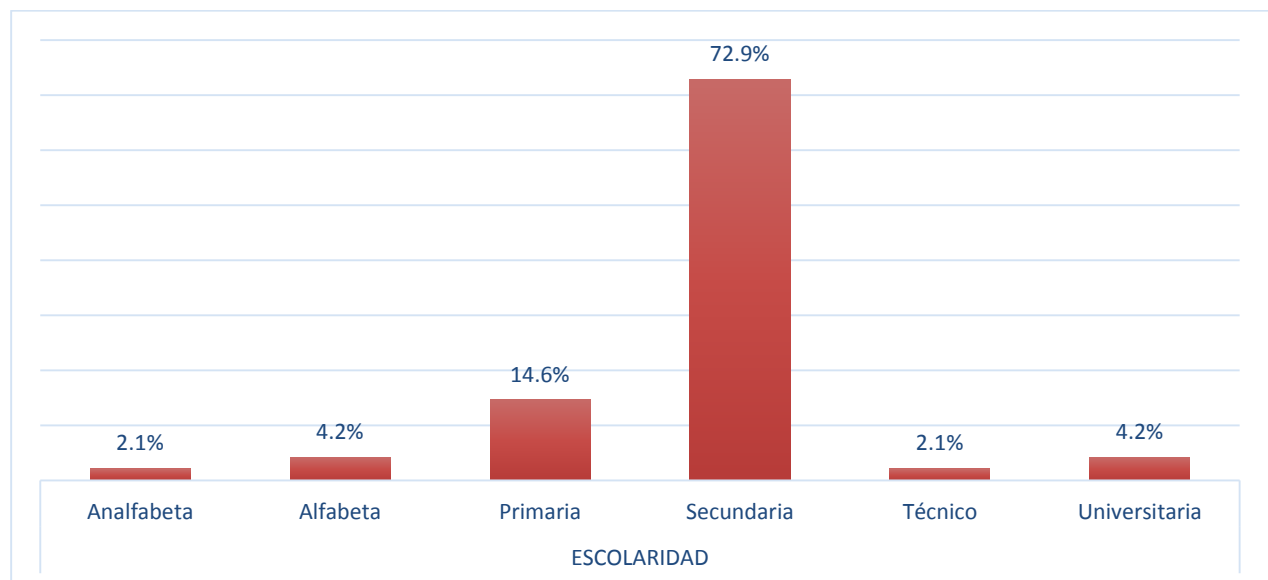
n=48



Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Escolaridad de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

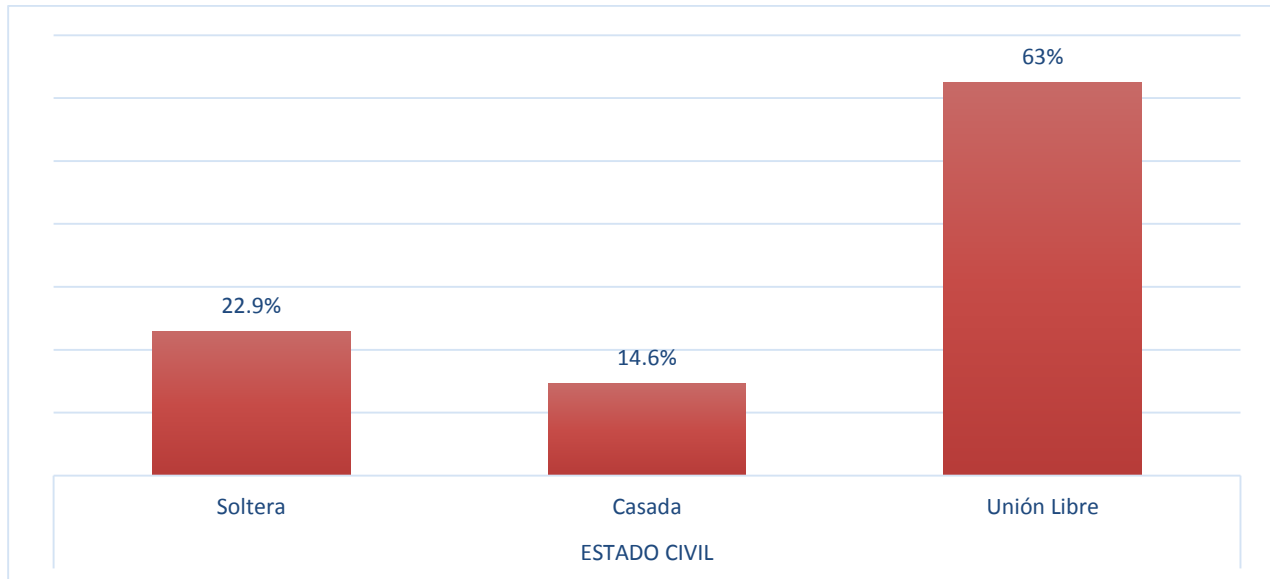
n=48



Fuente: Tabla 1

Gráfico 3. Estado Civil de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

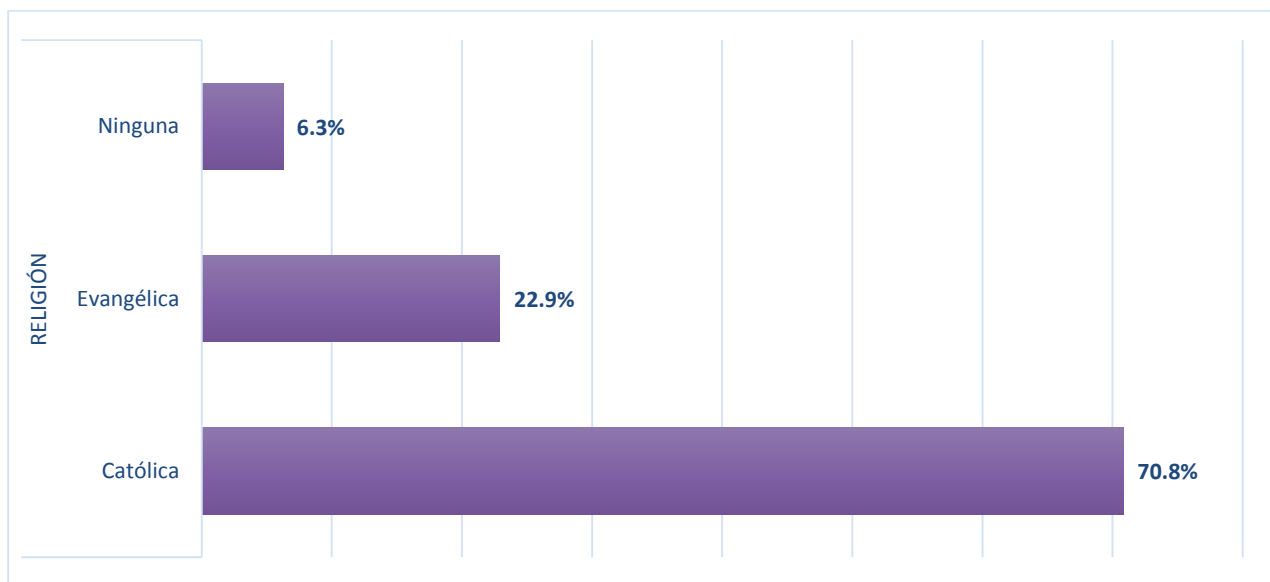
n=48



Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Religión de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

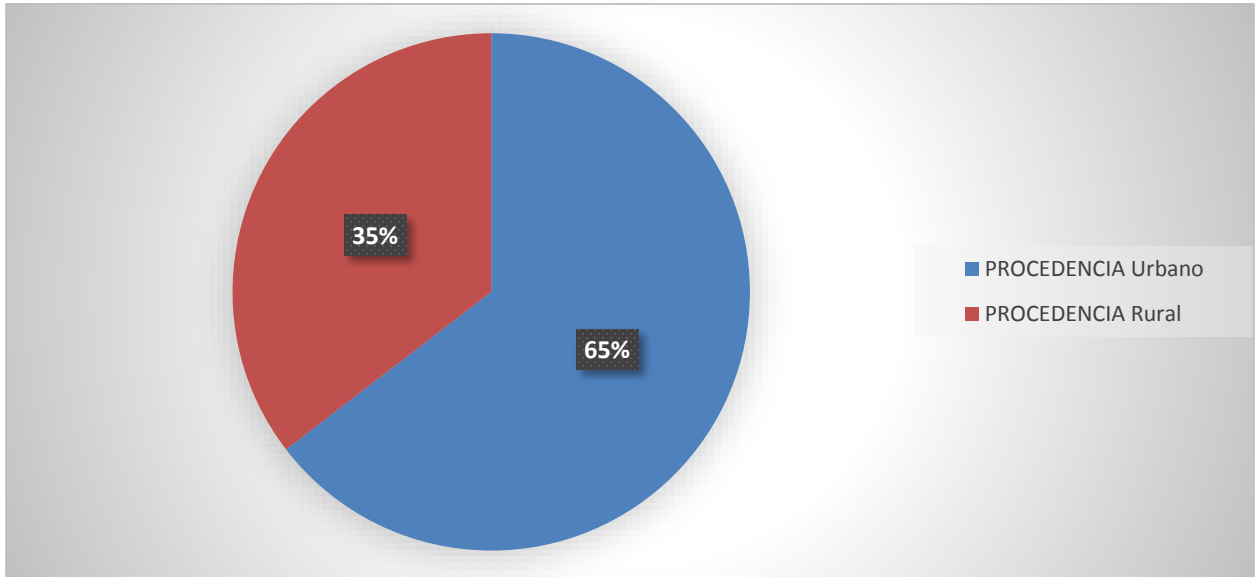
n=48



Fuente: Tabla 1

Gráfico 5. Procedencia de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

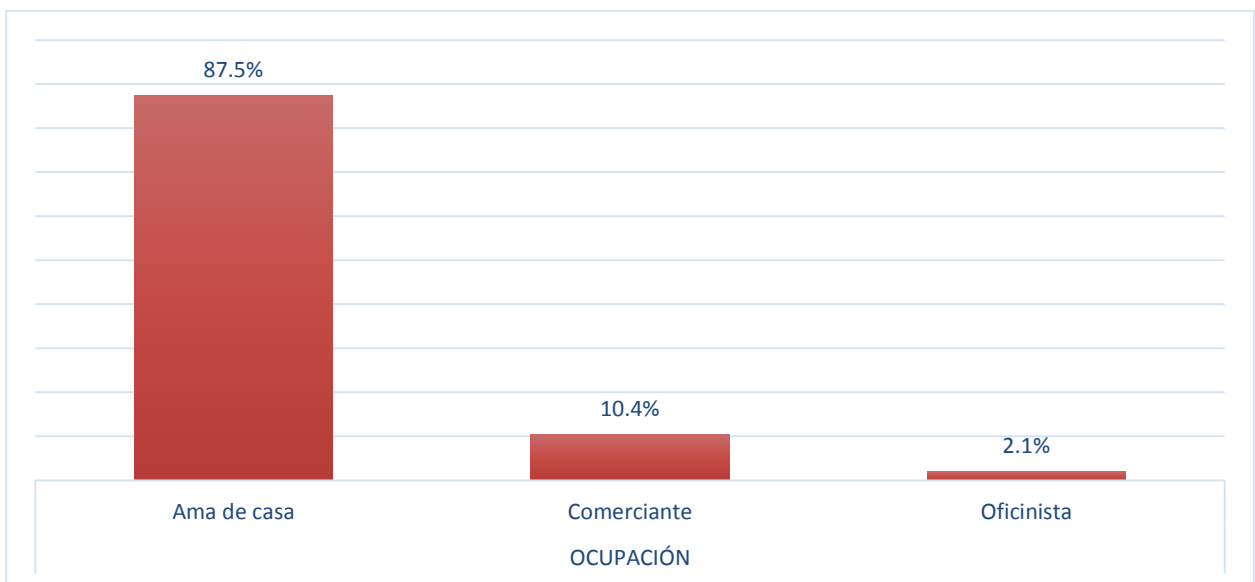
n=48



Fuente: Tabla 1

Gráfico 6. Ocupación de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

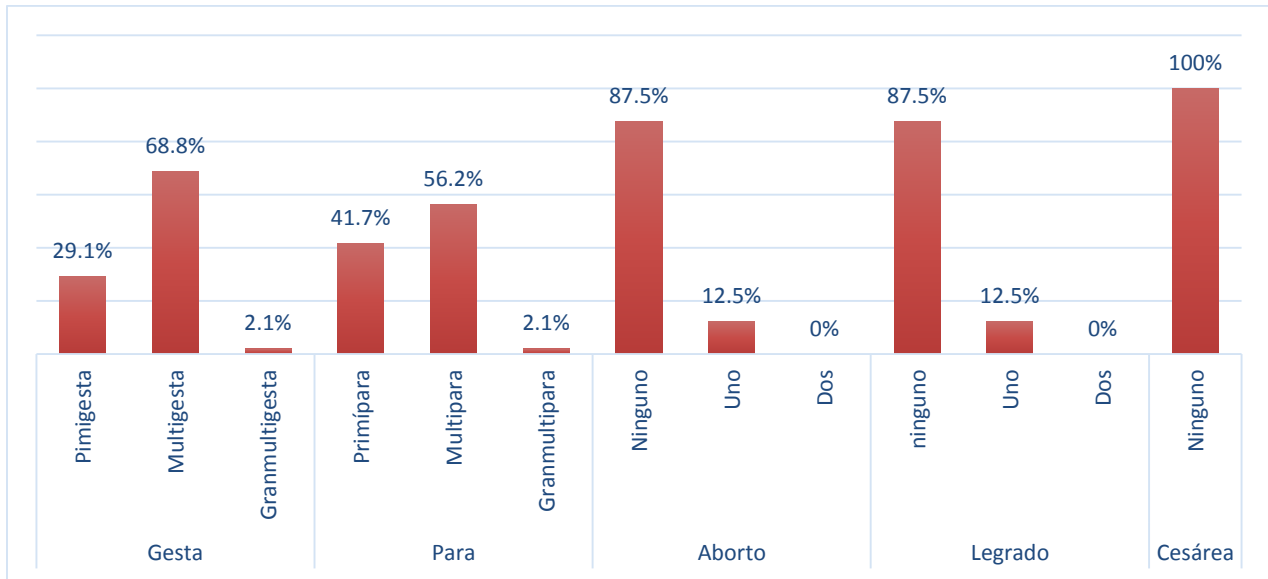
n=48



Fuente: Tabla 1

Gráfico 7. Datos Ginecoobstétricos de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

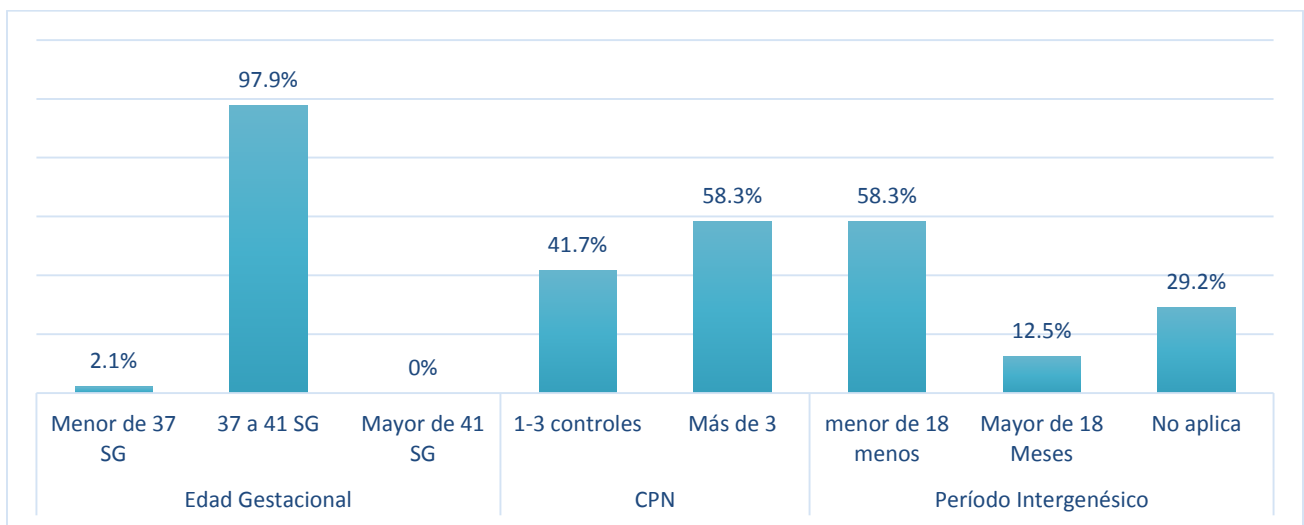
n=48



Fuente: tabla 2

Gráfico 7. Datos de embarazo actual de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

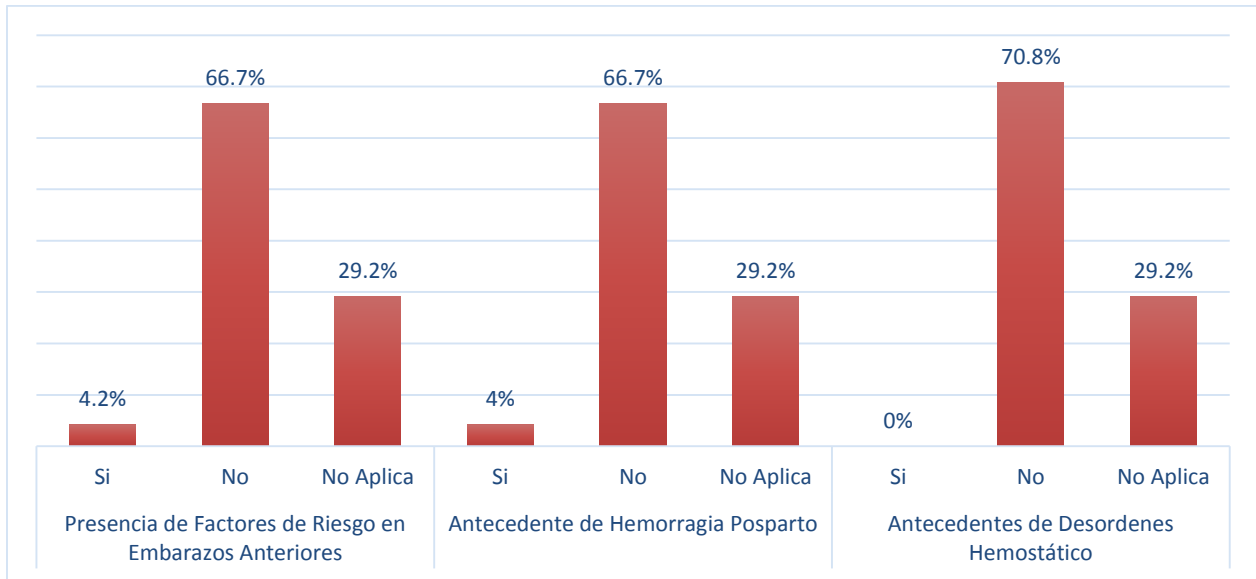
n=48



Fuente: tabla 3

Gráfico 8. Factores de riesgo en embarazos anteriores de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

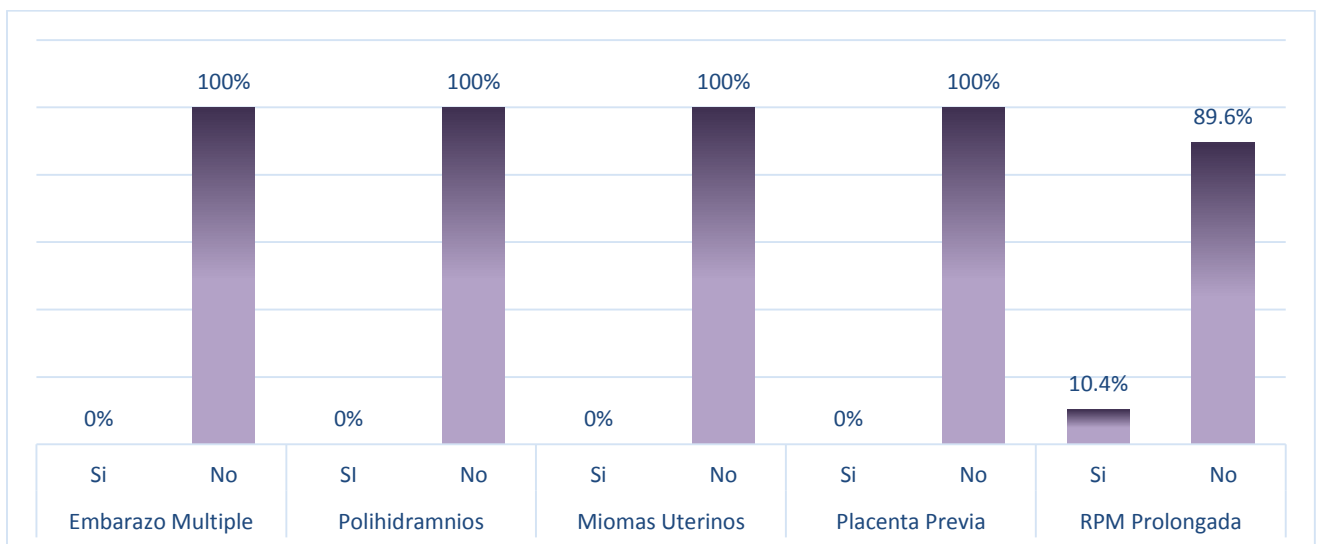
n=48



Fuente: tabla 4

Gráfico 9. Factores de riesgo del embarazo actual de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

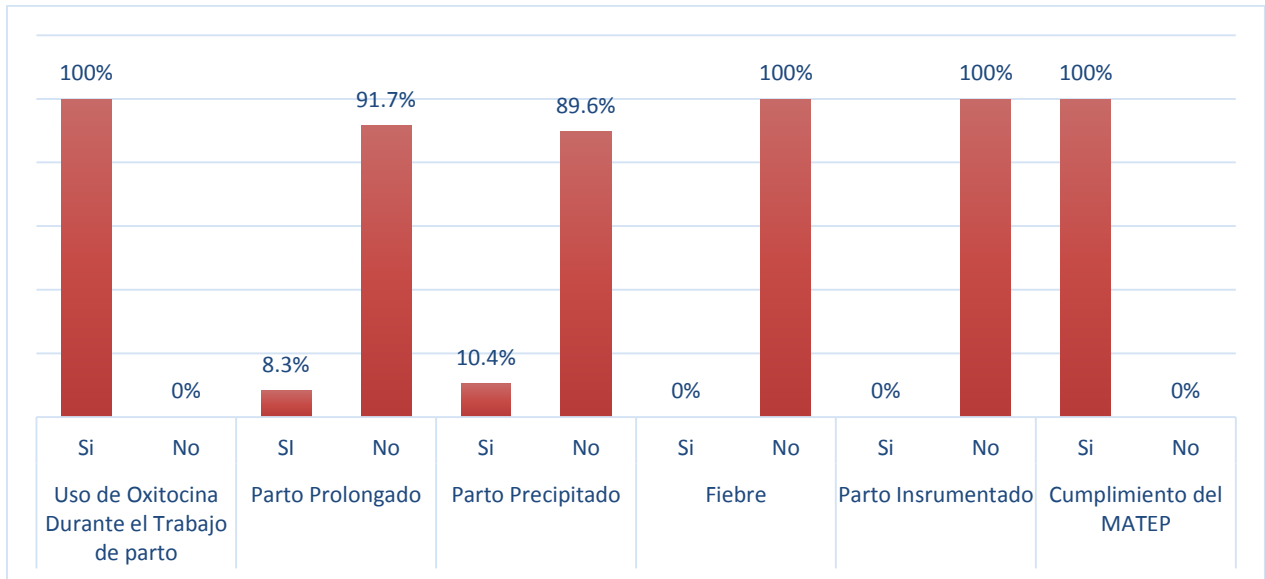
n=48



Fuente: tabla 5

Gráfico 10. Factores de riesgo intraparto de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

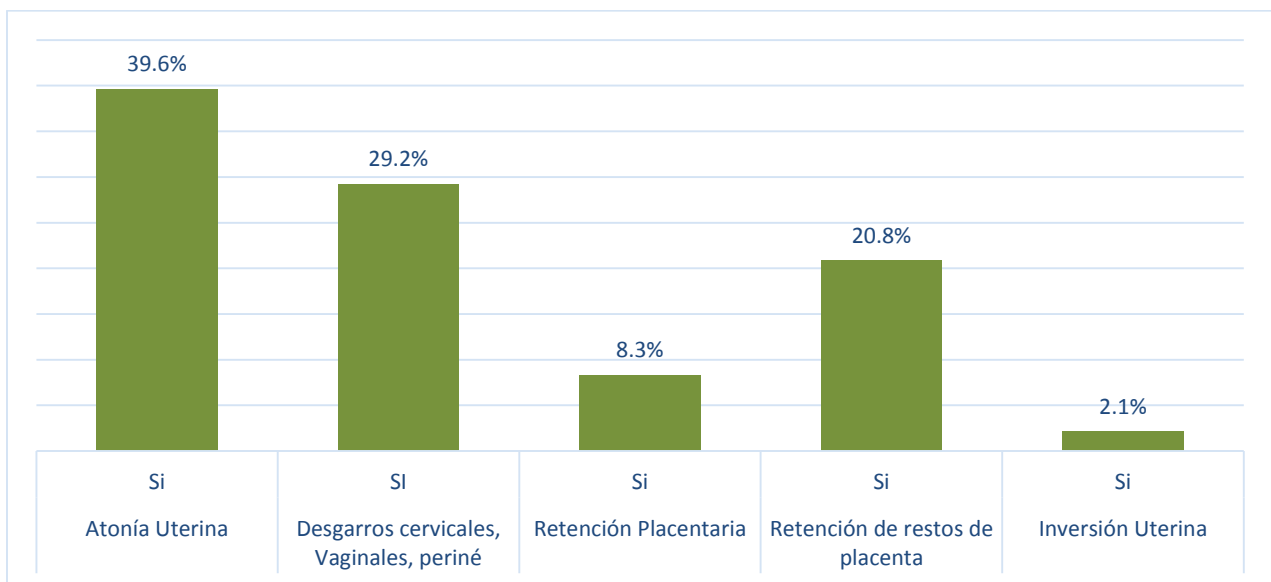
n=48



Fuente: Tabla 6

Gráfico 11. Causas inmediatas de sangrado posparto de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

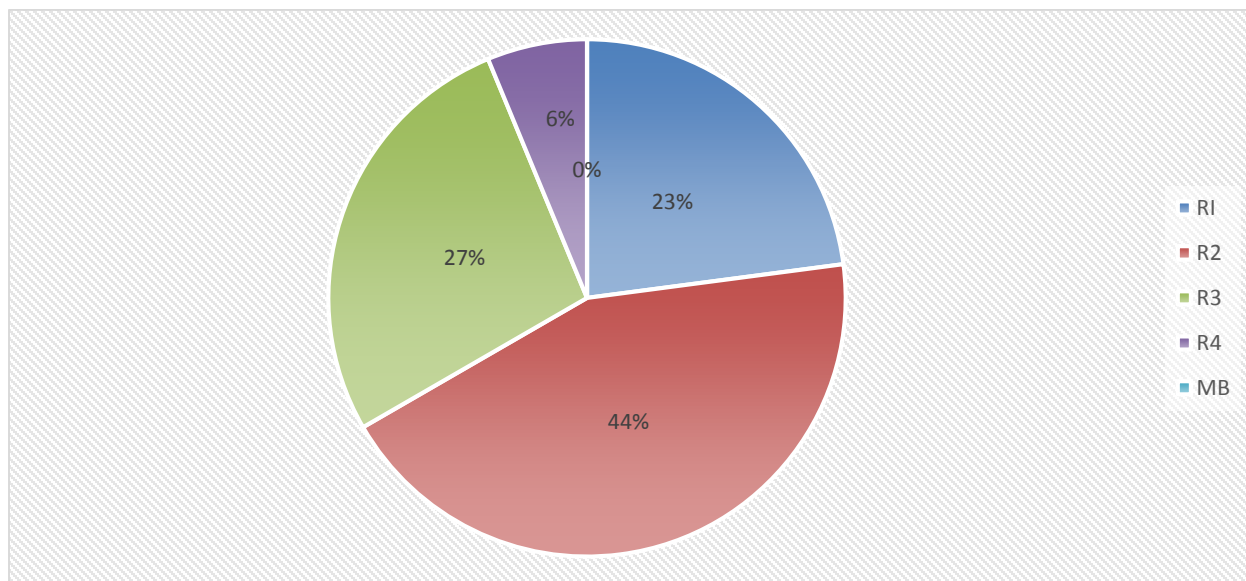
n=48



Fuente: Tabla 7

Gráfico 12. Causas inmediatas de sangrado posparto de las pacientes ingresados en sala de puerperio patológico del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua durante Enero-Julio 2016.

n=48



Fuente: Tabla 8