



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Ministerio de Salud



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Texto de Capacitación Materno-Infantil

IV

Hemorragia Postparto

INDICE

Introducción.....	1
1. Hemorragia Post Parto	3
1) Definición	3
2) Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en 4 T	3
3) Clasificación	4
2. Factores de riesgo	4
1) Alteraciones del tono uterino.....	4
2) Trauma en músculo uterino.....	5
3) Tejido.....	5
4) Alteraciones de la coagulación.....	5
3. Diagnóstico.....	6
1) Manifestaciones Clínicas de la Hemorragia Post Parto	6
2) Auxiliares diagnósticos.....	7
4. Tratamiento, Manejo y Procedimientos.....	8
1) Durante la Atención Prenatal.....	8
2) Durante el Parto	8
3) Durante la hemorragia post-parto	9
4) El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre	10
5) Manejo según causa	11
5. EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	13
6. ANEXOS	15

IV. Hemorragia Postparto

Introducción

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia postparto (HPP) es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año.

En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva siendo las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

La mayor parte de las muertes maternas atribuidas a esta complicación son evitables, dado que existen intervenciones médicas efectivas demostradas como son:

La administración de oxitocina inmediatamente después del parto.

La extracción manual de la placenta.

Una intervención quirúrgica.

Transfusión sanguínea entre otras.

La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, depende del estado físico de la paciente, de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto establecer cuando una hemorragia requiere una intervención activa estará determinado no solo por la evaluación del sangrado sino que de la paciente en su conjunto.

La mayor parte de las muertes maternas ocurren dentro de las cuatro primeras horas posparto y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto. Es por eso que la proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, así como el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), y las acciones

inmediatas cuando se presenta una hemorragia. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada. (OMS, 2008).

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página 165, físico Página 163).

1. Hemorragia Post Parto

1) 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).

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 166, físico Página 164)

■ Etiología:

- (1) Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:
 - Sobredistensión uterina.
 - Agotamiento de la musculatura uterina.
 - Infección, Corioamnioitis.
 - Anomalía uterina.
 - Fármacos útero-relajantes.
- (2) Trauma (20 %)
 - Laceración cervico-vaginal.
 - Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
 - Ruptura uterina
 - Inversión uterina
- (3) Retención de restos postparto (10 %)
 - Retención de restos (placenta, membranas).
 - Alumbramiento incompleto.
- (4) Trombina (Alteraciones de la coagulación)
 - Alteraciones de la coagulación preexistentes.
 - Alteración adquirida durante la gestación.

2) 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)

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 166-167, físico Página 164-165)

3) Clasificación

- **Hemorragia post parto inmediata**

Es la que se produce en las primeras 24 horas posterior 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

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 167, físico Página 165)

2. Factores de riesgo

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

1) Alteraciones del tono uterino.

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

2) Trauma en músculo uterino

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

3) Tejido

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

4) Alteraciones de la coagulación

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

INDEPENDIENTEMENTE DE LOS FACTORES DE RIESGO, TODA MUJER ESTÁ EXPUESTA A PRESENTAR HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO Y POST PARTO.

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 167-168, físico Página 165-166)

3. Diagnóstico

1) Manifestaciones Clínicas de la Hemorragia Post Parto

Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia post parto inmediata ▪ Útero blando y no retraído 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taquicardia ▪ Hipotensión 	Atonía uterina	(70%) Causa: Anomalía de la contractilidad
Hemorragia post parto inmediata	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta íntegra ▪ Útero contraído 	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné	(20%) Causa: Traumática
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal ▪ Dolor intenso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inversión uterina visible en la vulva ▪ Hemorragia post parto inmediata 	Inversión uterina	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). ▪ Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata ▪ Útero contraído 	Retención de restos placentarios	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) ▪ Anemia 	Retención de restos placentarios	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangrado no cede a medidas anteriores ▪ Sangrado en sitios de punción ▪ No formación de coágulos sanguíneos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prueba de coagulación junto a la cama (ver anexo final N°2) Fibrinógeno <100 mg/dl ▪ Plaquetas disminuidas ▪ TP y TPT prolongados 	Alteraciones de la coagulación	

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 169, físico Página 167)

2) Auxiliares diagnósticos

(1) 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 (ver anexo final N°2)

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 170, físico Página 168)

4. Tratamiento, Manejo y Procedimientos

1) Durante la Atención Prenatal

■ Primer Nivel de Atención

- (1) Identificar el riesgo durante la atención prenatal de hemorragia post parto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Albendazol 400 mg dosis única a las 26 y 38 semanas de gestación.
- (5) Garantizar durante la atención prenatal la aplicación de toxoide tetánica.

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 170, físico Página 168)

2) Durante el Parto

Prevencción 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) (Anexo N°1):**

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

- (3) Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
- (4) Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

3) Durante la hemorragia post-parto

■ Primer Nivel de Atención

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

■ Segundo Nivel de Atención

Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:

- (1) Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.
 - (2) Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba de 90%).
 - (3) Posición de Trendelenburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).
 - (4) Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.
- 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.

- Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusion 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.
- (5) Realizar pruebas de BHC completa, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
- Por cada 6 unidades de paquete globular transfundir 4 unidades de Plasma fresco congelado cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 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.
- (6) Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
- (7) Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mmHg (2 veces la diastólica mas la sistólica entre 3.)
- (8) Antibioticoterapia en todos los casos de Hemorragia Post Parto:
- Ceftriazone 1 gr IV cada12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IVcada 8 horas.

4) El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre

- 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.

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 170-172, físico Página 168-170)

5) Manejo según causa

(1) Atonía uterina

① Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si el sangrado continua administrar **Ergonovina** a razón de 0.2 mg IM ó IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. (Ver Anexo N°2). Si aún el sangrado continua agregar **Misoprostol** en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.

② Masaje uterino continuo.

③ Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.

Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia. (Ver Anexo N°3).

(2) Desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical

Sutura de los mismos de ser identificables (Ver Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página 183-191, físico Página 180-188)

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 172, físico Página 170)

(3) Ruptura uterina

① Realice laparotomía exploradora.

② Suturar el útero de ser bien identificable los bordes. (Ver norma de Ruptura Uterina, Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página 88-97, físico Página 87-96).

③ Si no son identificables los bordes realice histerectomía.

(4) Inversión uterina reubicar en trauma

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

(Ver Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página P195-197, físico Página 192-194)

- Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica del útero
(Ver Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página P195-197, físico Página 192-194) Maniobra de Huntington o la Maniobra de Haultani.
- (5) Retención parcial de placenta (Alumbramiento incompleto)
Extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms y/o espéculo, una pinza de Foresters, en caso necesario practique un legrado instrumental con cureta de Wallich, de Hunter o Pinard.
- (6) Retención de placenta
- No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo**
- ① Administre oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.
 - ② 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.
 - ③ 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. (Anexo N°4).
 - Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un acretismo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

Una vez extraída o expulsada la placenta

- ① Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.
- ② Mantenga la infusión de oxitocina por lo menos 6 horas.
- ③ Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.
- ④ Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina, y realice transfusión sanguínea si es necesario.

- ⑤ Indique sulfato o fumarato ferroso.
 - ⑥ La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.
 - ⑦ Brindar consejería a la paciente sobre el uso de un método anticonceptivo.
- (7) Trastornos de la coagulación
- ① Tratar la enfermedad subyacente si la hay.
Uso de Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, como medida ideal. Si no se cuenta con Crioprecipitado, iniciar transfusión de Plasma Fresco Congelado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, lo que incrementa el fibrinógeno en 10 mg/dl por cada unidad.
 - ② Mantener el recuento plaquetario mayor de 50,000 (Recordar que 1 unidad plaquetaria aumenta en por lo menos 5,000 plaquetas).
 - ③ Mantener hematocrito en 30% (cada unidad de paquete globular aumenta en 3% el hematocrito).
 - ④ Realizar interconsulta con Medicina Interna.

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 172-174, físico Página 170-172)

5. EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

■ Control y seguimiento.

- (1) A toda embarazada que egrese por una hemorragia post parto y a familiares brindar consejería acerca de la importancia de aspectos nutricionales.
- (2) Garantizar consejería y acceso a métodos de planificación familiar, incluyendo esterilización quirúrgica.
- (3) En caso de partos domiciliarios que presenten retención placentaria, la demora debe ser no mayor de 15 minutos para que la paciente sea referida a la unidad de salud más cercana, por lo que esta información debe ser compartida con la Red Comunitaria.

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 176, físico Página 174)

6. ANEXOS

ANEXO N° 1

Manejo Activo del Tercer Período del Parto

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

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

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

- Tensión controlada del cordón umbilical.
- Palpe el fondo uterino para investigar contracciones uterinas, vigile el sangrado transvaginal.
- Tensione con una mano de manera controlada y firme el cordón umbilical pinzado en el momento de la contracción uterina, evaluando continuamente el grado de adherencia de la placenta a la pared uterina.
- 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 contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.

- Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).
- Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).
- Si a los quince minutos de aplicada la oxitocina IM no se ha desprendido ni expulsado la placenta considerar una retención de placenta.

Nunca aplique tensión al cordón umbilical sin determinar la contracción uterina por encima del pubis con la otra mano.

- Una vez expulsada la placenta, ayude al nacimiento de las membranas, permitiendo que el peso de la placenta por gravedad efectúe tracción sobre las membranas o realice rotación de la placenta sobre las membranas que permitan su desprendimiento y expulsión. (Maniobra de Dublín).
- Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard. Debe orientarse a la paciente a fin de que continúe practicándose el masaje uterino

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 179-180, físico Página 176-177)

ANEXO N° 2

USO DE LOS MEDICAMENTOS OXITÓCICOS

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

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. digital Página. 180, físico Página 177)

ANEXO N° 3

Maniobras para el Control del Sangrado Uterino

A. Compresión Bimanual del Útero

PREPARACION DEL PERSONAL

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

ACTIVIDADES PREVIAS

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

PRECAUCIONES

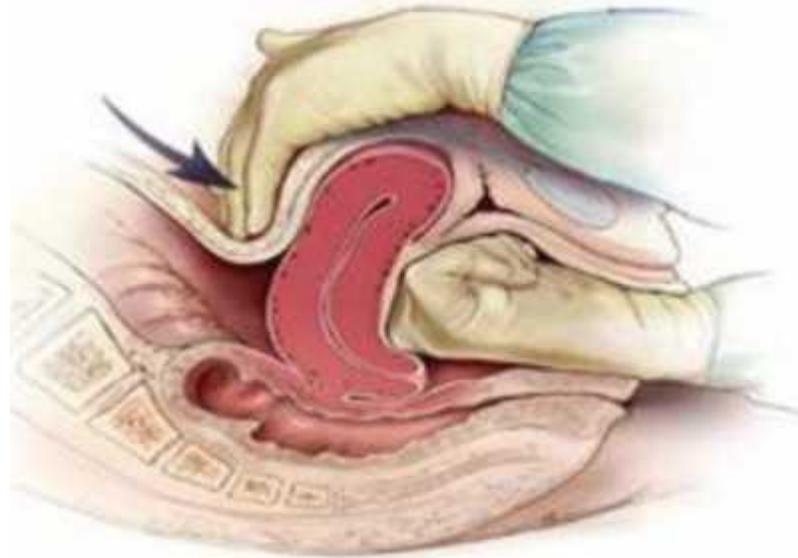
- Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- Use una bata con mangas largas.
- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

PROCEDIMIENTO INICIAL

- Observe si hay signos de shock.
- Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
- Coloque una vía segura y pasar Solución Salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).
- Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
- Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.

- Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

COMPRESION BIMANUAL DEL UTERO



B. COMPRESION DE LA AORTA ABDOMINAL

- **Aplice 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.

**COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL
Y PALPACIÓN DEL PULSO FEMORAL**

A2



*(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas.
digital Página.181-182, físico Página 178-179)*

ANEXO N° 4

Extracción Manual de la Placenta

DEFINICIÓN

La extracción manual de la 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.

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

ELEMENTOS CLAVES PARA EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA

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

ANALGESIA

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

ANTIBIÓTICOS

Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.

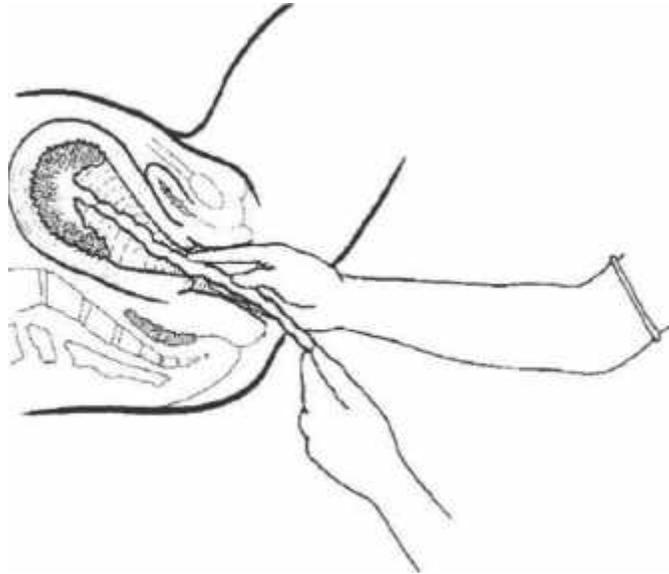
- ◆ Ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- ◆ Cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- ◆ Si hay signos de infección, administre antibióticos.
 - Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas.
 - Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso IV cada 24 horas (160mg IV diario). Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
 -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

PROCEDIMIENTO

- Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina (Figura A-7).

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

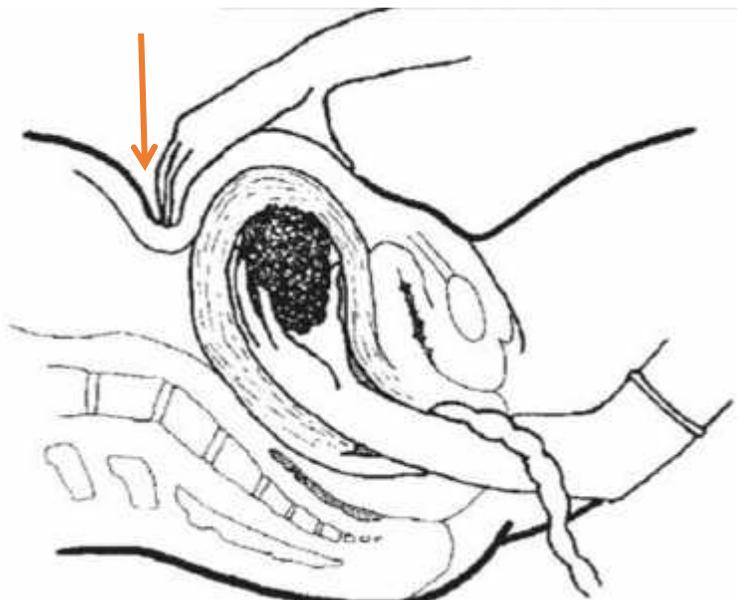
A-7



- Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina (Figura A-8).
- Nota: Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición normal.
- Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y la pared uterina.

SE SOSTIENE EL FONDO DEL
ÚTERO MIENTRAS SE
DESPRENDE LA PLACENTA.

A-8



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

Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.

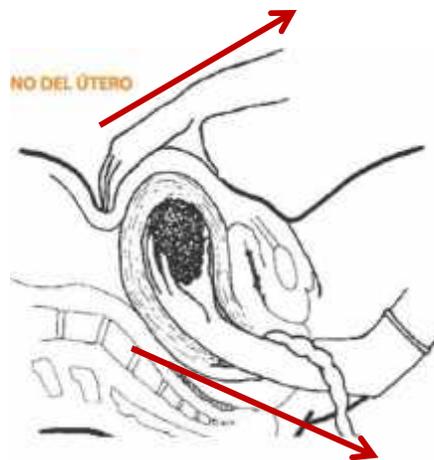
Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.

Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta (Figura A-9).

Con la otra mano, continúe aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.

RETIRO DE LA MANO DEL ÚTERO

A-9



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

PROBLEMAS

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

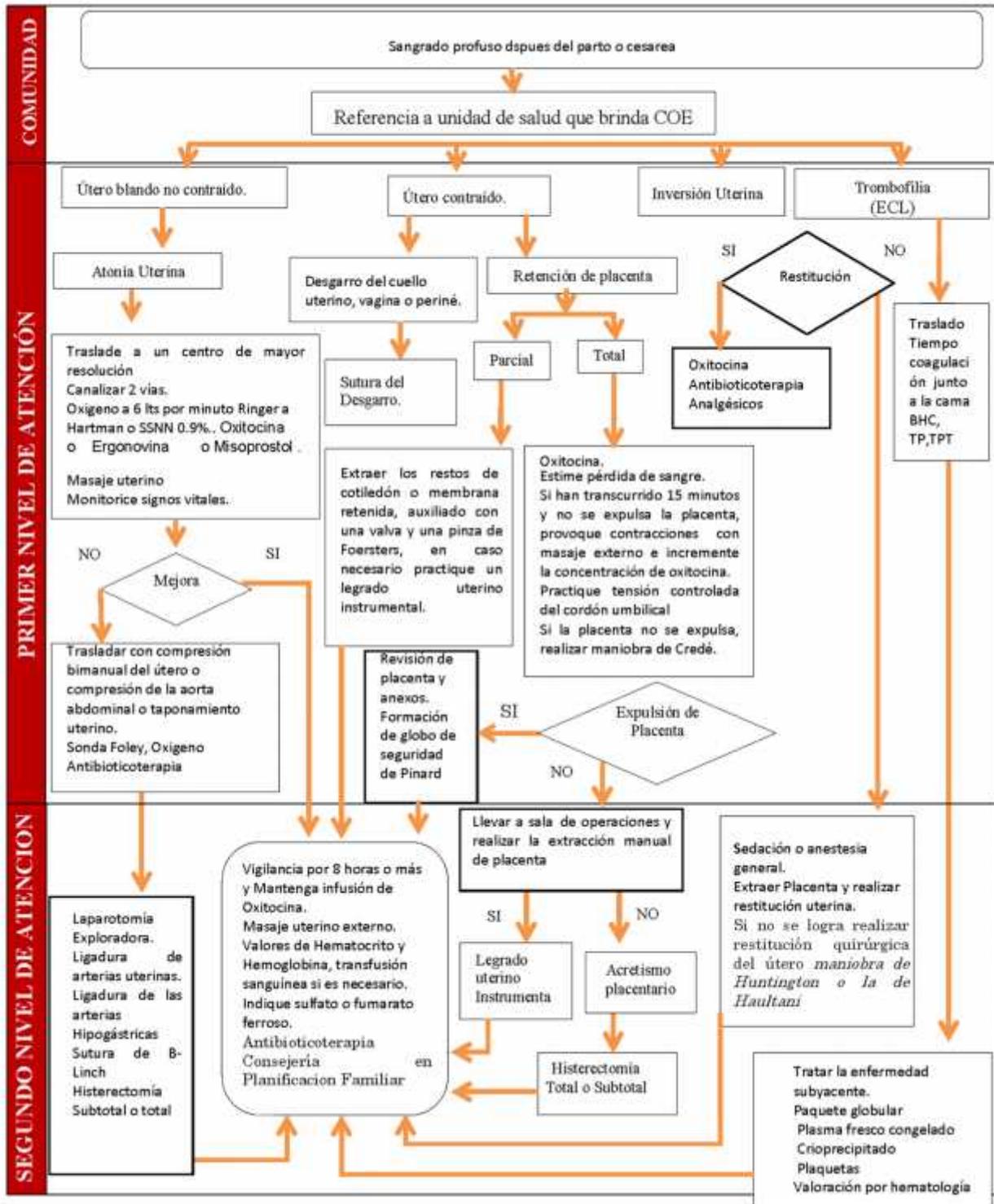
ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

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

(Norma-No.109 Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas.

Página.191-194, físico Página 188-191)

HEMORRAGIA POST PARTO



ANEXO N°6

Ministerio de Salud

Dirección de extensión y Calidad de la Atención

-Porcentaje de usuarias con Complicaciones Obstétricas que recibieron tratamiento de acuerdo a Protocolos del MINSA.

Basado en el Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA, abril 2013. Pags. 161

Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de **Hemorragia Postparto Inmediato**. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el Total de **Expediente Cumple 1** entre el Total de **Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente							
ATONÍA 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). Ergometrina 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 (máximo 3L).						
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 Útero 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:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							

ANEXO N°7

Ministerio de Salud

Dirección de extensión y Calidad de la Atención

-Porcentaje de usuarias con Complicaciones Obstétricas que recibieron tratamiento de acuerdo a Protocolos del MINSA.

Basado en el Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA, abril 2013. Pags. 161

Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de **Hemorragia Postparto Inmediato**. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el Total de **Expediente Cumple 1** entre el Total de **Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente		1	2	3	4	5	Prom
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios							
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:							
1	-La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante						
Acciones Inmediatas:							
2	-Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.						
3	-Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.						
4	-Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical)..						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:							
5	-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:							
6	-Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Maniobra de Credé (Exprimio manualmente de forma continua y sostenida el fondo uterino para lograr la expulsión de la placenta)						
7	-Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.						
8	-Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.						
9	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
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:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							

El presente documento, fue elaborado por el Trabajo de grupo técnico de Atención Materno-Infantil que se formó en SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Proyecto de Salud de Madres y Niños en SILAIS Chontales y
SILAIS Zelaya Central (Proyecto SAMANI)
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

