



## **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Facultad de Ciencias Medicas

Carrera de Medicina

**Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia  
obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018,  
Cuenca 2019.**

Proyecto de investigación previa a la  
obtención del título de Médico.

**Autoras:**

Gabriela Karina Lasso Reino

CI: 0104165287

Michelle Patricia Maldonado Pérez

CI: 0107038978

**Directora:**

Mercy del Cisne Orellana Orellana, MD; Ginecóloga  
Obstetra; MSc.

CI: 0701833238

Cuenca – Ecuador

28-Junio-2019



## RESUMEN

**Antecedentes:** la hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo, parto o puerperio es una emergencia médica que obliga actuar de manera inmediata, requiere manejo multidisciplinario, basado en procedimientos normalizados con el fin de disminuir la mortalidad materna.

**Objetivo:** evaluar el cumplimiento del protocolo de manejo de las pacientes hospitalizadas con hemorragia obstétrica en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, durante el periodo de enero a diciembre de 2018.

**Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, realizado con datos tomados de las historias clínicas con diagnóstico de hemorragia obstétrica y que cumplieron los criterios de selección, servicio de ginecología y obstetricia.

**Resultados:** en 2018 se atendieron 4776 partos; 230 (4.82%) presentaron hemorragia obstétrica, 51.3% ocurrió entre 18 – 25 años, 39.1% unión libre, 37.0% primigestas; 43.5% nulíparas, 74.3% embarazo a término y 10% de cesáreas. 9 acciones de manejo clínico ejecutadas en emergencia 100% de cumplimiento; 18 acciones en hospitalización: 7 de orden clínico en las que faltó registro y 11 procedimientos quirúrgicos; 74.3% de cumplimiento. Para la valoración del cumplimiento se confirmó que las acciones aplicables en cada situación se hayan realizado, en caso de faltar uno se consideró incumplimiento, exceptuando los casos en los que el ítem no aplico.

**Conclusiones:** el nivel de cumplimiento de protocolo fue menor a la recomendación del Ministerio de Salud (91.6 %).

**Palabras claves:** Hemorragia Obstétrica. Protocolo. Cumplimiento.



## ABSTRACT

**Background:** obstetric hemorrhage or bleeding during pregnancy, childbirth or puerperium is a medical emergency that requires immediate action, requires multidisciplinary management, based on standard procedures in order to reduce maternal mortality

**Objective:** a descriptive, retrospective, cross-sectional study, carried out with data taken from clinical histories with obstetric hemorrhage diagnosis and that met the selection criteria, gynecology and obstetrics service.

**Methodology:** a descriptive, retrospective, cross-sectional study, carried out with data taken from clinical histories with obstetric hemorrhage diagnosis and that met the selection criteria, gynecology and obstetrics service.

**Results:** in 2018 4776 births were attended; 230 (4.82%) presented obstetric hemorrhage, 51.3% occurred in women between 18 - 25 years, 39.1% free union, 37.0% primigraves; 43.5% nulliparous, 74.3% full-term pregnancy and 10% cesarean section. 9 clinical management actions were execute in 100% compliance emergency; 18 actions in hospitalization: 7 of clinical order in which there was no record and 11 surgical procedures; with compliance of 74.3%. For this, it has been confirmed that the actions are maintained in each case, have been made, in the case that they have not been accomplish, except in cases where it is not applied.

**Conclusions:** The compliance level of the protocol was lower than the recommendation of the Ministry of Health (91.6%).

**Keywords:** Postpartum Hemorrhage. Protocol. Compliance.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
1 INTRODUCCIÓN .....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	16
CAPITULO II .....	18
2 FUNDAMENTO TEÓRICO.....	18
2.1 DEFINICIÓN .....	18
2.2 HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO .....	18
2.2.1 ABORTO.....	18
2.2.2 EMBARAZO ECTÓPICO .....	21
2.2.3 MOLA HIDATIFORME .....	22
2.3 HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO .....	22
2.3.1 PLACENTA PREVIA.....	22
2.3.2 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA .....	22
2.3.3 RUPTURA UTERINA.....	23
2.4 HEMORRAGIA DURANTE EL PARTO Y POSTPARTO .....	23
2.4.1 HEMORRAGIA DURANTE EL PARTO: .....	23
2.4.1 HEMORRAGIA POSTPARTO .....	24
2.5 PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSTPARTO.....	26
2.6 SCORE MAMÁ Y CLAVES OBSTÉTRICAS PROTOCOLO .....	26
2.7 MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.....	28
2.8 GUÍA PARA LA CALIFICACIÓN DEL ESTÁNDAR DE LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS.....	32
CAPITULO III .....	36
3 OBJETIVOS.....	36
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	36
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
CAPITULO IV .....	37
4 METODOLOGÍA .....	37



4.1. TIPO DE ESTUDIO: DESCRIPTIVO, DE CORTE TRANSVERSAL Y RETROSPECTIVO. .... 37

4.2. ÁREA DE ESTUDIO ..... 37

4.3. UNIVERSO ..... 37

4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN. .... 37

4.5. VARIABLES ..... 37

4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES ..... 37

4.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS ..... 38

4.9 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS ..... 39

4.10 CONFLICTO DE INTERESES ..... 39

CAPITULO V ..... 40

5.1 RESULTADOS..... 40

CAPITULO VI ..... 48

6.1 DISCUSIÓN ..... 48

CAPITULO VII ..... 52

7.1 CONCLUSIONES ..... 52

CAPITULO VIII ..... 53

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 53

ANEXOS ..... 60



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Gabriela Karina Lasso Reino, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019”** de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso comercial de la obra con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica De Educación Superior.

Cuenca, 28 de junio del 2019

.....  
Gabriela Karina Lasso Reino  
CI: 0104165287



### Cláusula de propiedad intelectual

Gabriela Karina Lasso Reino, autora del proyecto de investigación titulado **“Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de junio del 2019

Gabriela Karina Lasso Reino

CI: 0104165287



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

Michelle Patricia Maldonado Pérez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019”** de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso comercial de la obra con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica De Educación Superior.

Cuenca, 28 de junio del 2019



Michelle Patricia Maldonado Pérez  
CI: 0107038978





### Cláusula de propiedad intelectual

Michelle Patricia Maldonado Pérez, autora del proyecto de investigación titulado **“Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de junio del 2019



.....

Michelle Patricia Maldonado Pérez  
CI: 0107038978



## DEDICATORIA

Mi tesis la dedico primeramente a Dios, familia y amigos.

A mis padres por su sacrificio y esfuerzo y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi madre por ser una mujer ejemplar, por sus palabras de amor y sus abrazos que supieron tranquilizar mi alma.

A mi padre ejemplo de superación y constancia para hacer todo lo imposible posible, por anhelar siempre lo mejor para mí, por enseñarme el respeto, humildad, lealtad y cariño hacia los demás.

A mi hermana y cuñado por su confianza y apoyo durante este largo camino.

A mi sobrina Milagros fuente de motivación e inspiración.

A mi primo Adrián Palacios L (+), aunque no esté físicamente sé que desde el cielo siempre me cuida y me guía para que todo salga bien.

A mis amigas Ana L, Ana B. y Jessica L, quienes sin esperar nada a cambio compartieron conocimientos, alegrías y tristezas, demostrando una amistad sincera.

A todos quienes me apoyaron y lograron que este sueño se haga realidad.

Gabriela Karina Lasso Reino



## DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mis padres por su cariño, apoyo incondicional, por enseñarme a nunca rendirme y por su paciencia.

A mi hermana a quien agradezco su continuo apoyo, su cariño y su alegría.

Y, a todas las personas que significan mucho para mí, muchas gracias por creer en mí.

Michelle Patricia Maldonado Pérez



## AGRADECIMIENTO

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocuparon nuestros padres por el avance y desarrollo de esta tesis es simplemente único. Gracias por ser los promotores de nuestros sueños.

Gracias de corazón a nuestra Directora y Asesora Dra. Mercy Orellana Orellana, por su paciencia, dedicación, motivación y aliento; haciendo fácil lo difícil y siendo un privilegio poder contar con su ayuda.

Gracias a todas las personas del Servicio de Gineco-Obstetricia y personal administrativo del HVCM, por su atención, amabilidad y por su buena disposición y colaboración.

Gracias a todas las personas que de una u otra manera colaboraron para la culminación de este trabajo de investigación.

Las Autoras

## CAPITULO I

### 1 INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica requiere manejo multidisciplinario, en el que está implicado el servicio de ginecología, hospitalización, área de quirófano; especialmente el servicio de anestesiología, unidad de cuidados intensivos, laboratorio, banco de sangre entre otros (1).

Ante una paciente con hemorragia obstétrica se debe actuar de manera rápida y oportuna para evitar complicaciones (1). Lo primero que se debe hacer es activar el “código rojo” y clave roja, que consiste en un esquema de trabajo coordinado, secuencial y en equipo para solventar la emergencia obstétrica (2-4).

Con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad de esta patología, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha creado normas y protocolos de manejo. Las guías que al momento dispone el Ministerio de Salud son: práctica clínica de hemorragia postparto actualización 2013, el score MAMA y claves obstétricas protocolo 2017, que contienen los lineamientos estandarizados en este caso para hemorragia y son de aplicación en instituciones del Sistema Nacional de Salud donde se atiendan maternas (3-5).

*“El Manual de estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal”*, es una guía que define un mecanismo de monitoreo y mejoramiento del estándar de calidad, contiene una serie de ítems que evalúan y confirman las acciones, parámetros clínicos, laboratorio, terapéuticos y quirúrgicos realizados en el manejo de atención de la paciente, su aplicación (anexo 8b) determina si fue manejada de acuerdo a la norma (anexo II) (6).

Si la información tomada de la historia clínica y registrada en el estándar (anexo 8b), no supera el 91.6% de cumplimiento, interviene el comité de mejoramiento de



la calidad, quien planifica, ejecuta los cambios necesarios del proceso de atención, a través de ciclos rápidos (capacitaciones sobre el ítem que no supero el porcentaje de cumplimiento), para luego volver a medir el alcance y mejoramiento del cumplimiento del manejo de hemorragia (3).

En orden cronológico la presente investigación partirá del conocimiento de la problemática respecto al tema, posteriormente se expondrán los antecedentes y fundamento teórico, seguido del diseño metodológico en el que se basó el estudio y finalmente se mostrarán los resultados, discusión y conclusiones.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de las mujeres que mueren por complicaciones que se producen durante el embarazo, parto y puerperio que son prevenibles o tratables ocurren en los países en desarrollo (99%), siendo la hemorragia causante del 75% de estas muertes (7).

La OMS a febrero de 2018 señala que la razón de mortalidad materna en los países desarrollados en 2015 fue de 12 por 100 000 nacidos vivos, no así en los países en desarrollo donde fue de 239 por 100 000; empero en Latinoamérica una de cada cinco muertes maternas ocurre por hemorragia obstétrica durante o inmediatamente después del parto y estima que el 8.2% de las mujeres que acuden a una instancia de salud para la atención del parto, independientemente de la vía, sufrirá una hemorragia postparto grave que requerirá transfusión de componentes sanguíneo (7).

Ecuador (2017) según estimación del Ministerio de Salud Pública (MSP), la hemorragia postparto fue considerada la segunda causa de mortalidad materna, produciéndose 152 muertes en ese año, correspondiendo el 58.55% a causas directas y el 41.45% a causas indirectas; observándose que el 32.89% (51) de



estas, ocurrieron en la provincia del Guayas, y 16.45% en la provincia de Pichincha (8).

La razón de muerte materna (RMM) calculada según la información de la Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública hasta la semana epidemiológica 35 (SE35) fue de 36.22 defunciones por cada 100 mil nacimientos, lo que representa una disminución de 1.54 puntos porcentuales respecto a la registrada a la misma semana del año pasado; mientras que la SE35 de 2018 reportó 97 muertes maternas (MM); de estas el 90.72% son MM antes de los 42 días del puerperio y son las utilizadas para el indicador de la RMM; y el 9.28% son MM tardías; se notificaron mayor número de defunciones por su lugar de fallecimiento en Guayas 32, Pichincha 9 y Chimborazo 8 (8).

El Plan Acelerado de Reducción de la Muerte Materna (9) por el que se han elaborado las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal entre otros incluye el Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno-Neonatal (6), Manual amparado en el texto Constitucional artículos 42 – 48 (10); ley Orgánica de la salud en su artículo 1, 6 y 7 (11); Código de la Niñez y Adolescencia en su artículo 25 (12), Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural 2017. MAIS (13), Plan Nacional del buen vivir (14), y Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 (15), que con Acuerdo Ministerial 00253 de agosto de 2005 se declara al Plan Nacional de Reducción acelerada de la Mortalidad Materna Neonatal (9), prioridad en la Agenda Pública Nacional con Memorandum de agosto de 2008 que establece los parámetros políticos y jurídicos para su ejecución y cumplimiento.

La estrategia “*Alarma Materna*” cuyo protocolo “*score MAMÁ y claves obstétricas*” contiene los lineamientos para el apoyo en la evaluación del riesgo y manejo de la hemorragia obstétrica mediante la implementación de un sistema de respuesta rápida con la clave roja, permite la toma de decisiones oportunas (3).



La guía de práctica clínica 2013 sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto tiene como objetivo principal *“proveer una aproximación razonable y sustentada en evidencia para la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento oportuno de la hemorragia posparto (HPP) que contribuya a disminuir la morbimortalidad materna en Ecuador”* (5).

El Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno–Neonatal; brindan estándares, instrumentos e instructivos para recoger la información y evaluar el cumplimiento de la hemorragia obstétrica (6).

La guía para la calificación del estándar de las hemorragias obstétricas, especifica claramente el manejo de la paciente con esta patología. El personal de salud debe conocer y aplicarla, de manera que el tratamiento médico adecuado e iniciado rápidamente permita controlar la hemorragia, restaurar o mantener una adecuada perfusión tisular y disminuir el riesgo de complicaciones (6).

Con base a lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál fue el porcentaje de cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, en el Hospital Regional General Docente “Vicente Corral Moscoso” en el año 2018?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La investigación justifica su realización en la necesidad de evaluar el cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente hospitalizada con hemorragia obstétrica, que acude al Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca; con lo que además se pudo conocer cuáles son los parámetros incumplidos en el verificador de estándar de hemorragia obstétrica.

El tema planteado se enmarca en las prioridades de investigación a nivel nacional 2013-2017, del Ministerio de Salud Pública, en el área materna y línea de hemorragia y sub-línea de conocimientos, actitudes y prácticas (16).





Esta investigación por llevarse a cabo en este centro de alta complejidad y nivel resolutivo, va a generar datos reales sobre el cumplimiento de la normativa; si la morbimortalidad materna es evitable, la aplicación de las guías y protocolos supone una atención especializada, más aún en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Institución de referencia del Sistema Nacional de Salud (17). Las beneficiarias de esta investigación serán las usuarias y el personal de salud del área de ginecología y obstetricia de esta casa de salud; a las autoridades de la Universidad de Cuenca se les plantea una publicación en una revista indexada para que se ponga en evidencia los resultados obtenidos en la investigación ante la comunidad científica.

## CAPITULO II

### 2 FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 Definición

La hemorragia obstétrica es una complicación grave, que requiere estabilización hemodinámica y que ocurre en la primera y segunda mitad de la gestación; producida por: aborto, embarazo ectópico, mola, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura uterina; durante el parto y en el postparto tiene un sangrado mayor de 500 ml requiere reposición de líquidos y/o sangre, en casos de retención de placenta y/o restos placentarios, hipotonía y/o atonía uterina, placenta acreta, inversión uterina y desgarros del canal del parto (6,18-20).

Williams 2015 hace diferencia entre abortos del primer y segundo trimestre; indica que existe más sangrado y la hemorragia es dos veces más frecuente en el primer trimestre. Por otro lado, clasifica a la hemorragia obstétrica como prenatal para englobar a la placenta previa y al desprendimiento prematuro de placenta; y en hemorragia puerperal a la causada por atonía uterina o desgarros del canal del parto (21).

#### 2.2 Hemorragias de la Primera mitad del Embarazo: aborto, embarazo ectópico y embarazo Molar (18, 22-24).

##### 2.2.1 Aborto

Se define como aborto a la expulsión del feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22, 23 semanas completas de embarazo), o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional no viable (22).

##### Clasificación clínica del aborto

- Amenaza de aborto
- Aborto espontáneo
- Aborto en curso o inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto completo



- Aborto diferido
- Aborto séptico
- Aborto de repetición o recurrente

**Amenaza de aborto:** se presenta con secreción vaginal hemática o sangrado vaginal indoloro o acompañado de un leve dolor hipogástrico. El sangrado durante el primer trimestre complica casi al 25% de las gestaciones. En el examen clínico se observa: cérvix cerrado, tamaño uterino acorde para la edad gestacional, y actividad cardiaca fetal detectable por ecografía o con Doppler (22).

**Aborto espontáneo:** paciente con embarazo que sin causa aparente presenta sangrado vaginal y dolor hipogástrico (22).

**Aborto inevitable:** existe ruptura de membranas, sangrado y dolor que aumentan, contracciones uterinas o infecciones que dilatan el cérvix; se pueden visualizar restos ovulares a través del orificio cervical o en vagina si la expulsión del producto ya se ha iniciado (18, 22).

**Aborto incompleto:** expulsión parcial de los productos de la concepción, el orificio cervical aparece abierto, se aprecia restos, tejido gestacional en el cérvix y en vagina, el tamaño del útero es menor que el esperado para la edad gestacional; la ecografía abdominal o transvaginal confirma el diagnóstico (18, 22).

**Aborto completo:** expulsión completa del producto de la concepción. Se manifiesta por la desaparición del dolor y del sangrado activo, un útero de tamaño normal y bien contraído con cérvix cerrado; el diagnóstico se realiza con apoyo ecográfico, que reporta el grosor de la línea media uterina  $<15$  mm (18, 22).

**Aborto diferido:** muerte “in útero” del embrión o feto, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo. Según la imagen ecográfica se distinguen dos tipos: aborto diferido, en el que se observa un embrión sin latido y gestación anembrionada (“huevo huero”), en el que se aprecia un saco gestacional sin embrión. El útero tiene tamaño más pequeño que el esperado para la edad

gestacional, generalmente el cuello está cerrado y no existe sangrado activo (18, 22).

**Aborto séptico:** ocurre con más frecuencia en abortos incompletos, se acompaña de signos y síntomas infecciosos: fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal con frecuencia de aspecto purulento. La exploración genital evidencia un útero blando con cérvix dilatado y un sangrado genital, purulento o no. En la biometría leucocitosis con desviación izquierda (18, 22).

**Aborto de repetición o recurrente:** se refiere a aquella situación en la que se han producido al menos 2 abortos consecutivos o más de 2 abortos en forma alterna (excluyendo la gestación extrauterina, el embarazo molar y las gestaciones bioquímicas) (18, 22).

DIAGNÓSTICO DE ABORTO POR CLASIFICACION CLÍNICA							
Dg	TIPO DE ABORTO	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO EN CURSO O INEVITABLE	ABORTO INCOMPLETO	ABORTO COMPLETO	ABORTO DIFERIDO	ABORTO SEPTICO
HISTORIA CLINICA – EXAMEN FISICO	UTERO / EG	Acorde	Acorde	Menor	Menor	Menor	Mayor o blando
	ACTIVIDAD UTERINA - DOLOR	+	+++	++	-	+ / -	++
	SANGRADO	+ / no	+++	++	+ / no	+ / -	+ / - Pus, Mal olor
	CAMBIOS EN CUELLO	NO	SI	SI	SI	NO	SI
	EXPULSION DE RESTOS	NO	SI	SI	SI / NO	NO	Mal olor
EXAMENES	HCGB	+	+ -	+ -	-	+	+
	ECOGRAFIA	FCF +	FCF - o + LA ausente	Restos	Utero vacío	FCF - EG menor	Restos

**Tomado de Williams 2015 (20)**

### Diagnóstico diferencial

**Sangrado por implantación:** presencia de hemorragia escasa, en cantidad menor a una menstruación; ocurre en casi la mitad de las embarazadas entre la 4<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> semanas; a veces se puede confundir con una menstruación, lo que altera el cálculo de la edad gestacional (22).

**Patología del aparato genital:** una de las causas más frecuentes de hemorragia del primer trimestre es el traumatismo ocasionado por las relaciones sexuales



sobre una vagina o cérvix más friables debido a los cambios del embarazo (18, 22).

**Metrorragia disfuncional:** ante cualquier mujer en edad fértil que consulte de forma urgente por un cuadro de metrorragia, se debe solicitar una prueba de embarazo para descartar esta posibilidad (22).

El tratamiento va a depender del tipo de aborto. En ausencia de enfermedad o complicación materna se puede hacer un tratamiento ambulatorio. Los abortos del primer trimestre pueden tratarse de forma farmacológica o quirúrgica con aspiración manual endouterina (AMEU) o con dilatación del cuello y legrado instrumental y los del segundo trimestre mediante dilatación y legrado, dilatación y evacuación, dilatación y extracción, laparotomía, histerotomía e hysterectomía (22). Cuando ocurre hasta las doce semanas se puede realizar una aspiración manual endouterina (AMEU), si ocurre luego se debe hacer un legrado uterino instrumental (18).

### 2.2.2 Embarazo ectópico

Consiste en la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, la ubicación más frecuente es en la trompa de Falopio (98%). Formas: embarazo ectópico accidentado sin rotura y paciente hemodinámica mente estable y embarazo ectópico con rotura con o sin compromiso hemodinámico (22). El diagnóstico amenorrea, sangrado genital escaso, dolor abdominal inferior; son factores de riesgo la enfermedad pélvica inflamatoria o salpingitis crónica; infección de transmisión sexual (ITS), especialmente gonorrea; antecedente de ectópico; cirugía abdominal o tubárica previa; uso de dispositivo intrauterino (DIU) o píldoras de progestina. El tratamiento dependerá de cada caso. Puede ser tratamiento médico, expectante, laparoscopia o laparotomía según el compromiso hemodinámico de la paciente (23).



### 2.2.3 Embarazo molar

Conocida como enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), se caracteriza por la proliferación anormal del tejido trofoblástica. La ETG benigna incluye a la mola completa y mola parcial y la ETG maligna incluye la mola invasora, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario y tumor trofoblástica epitelial. Las manifestaciones clínicas son variadas: dos meses de amenorrea, paciente asintomática, hemorragia vaginal, hiperémesis, náusea, vómito, ovarios poliquísticos. La mayoría de las mujeres manifiestan al principio amenorrea seguida de hemorragia irregular, en una paciente con una prueba de embarazo positiva, una BHCG cuantitativa por encima del valor esperado para el tiempo de amenorrea y la ecografía muestra numerosos espacios quísticos anecoicos, pero sin feto ni saco amniótico, aspecto como *"tormenta de nieve"*. El tratamiento consiste en la evacuación por medio de aspiración o legrado. En el coriocarcinoma y en la mola invasora por su potencial metastásico el tratamiento es generalmente quimioterápico y eventualmente quirúrgico (23).

## 2.3 Hemorragias de la segunda mitad del embarazo: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura uterina (5,21).

### 2.3.1 Placenta previa:

Se refiere a la placenta implantada en algún punto del segmento uterino inferior, muy cerca o sobre el orificio cervical interno; es frecuente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea, no es necesario controles ecográficos ni restringir las actividades de la mujer salvo que la ubicación placentaria persista más allá de las 28 semanas de gestación o si antes de esta edad gestacional produce hemorragia o la paciente entra en labor de parto (21).

### 2.3.2 Desprendimiento prematuro de la placenta:

Es la separación parcial o total de la placenta desde su sitio normal de implantación antes de que se produzca el parto. Comienza con hemorragia que compromete a la decidua basal, la misma que empieza a desprenderse quedando



solamente una delgada capa adherida al miometrio, debido a eso se forma un hematoma en la decidua que luego se expande hasta separar y comprimir la placenta (21).

### **2.3.3 Ruptura uterina**

Es la complicación más grave; es la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una laparotomía. Ocurre por trauma, después de una prueba de trabajo de parto o de una cesárea (21).

## **2.4 Hemorragia durante el parto y postparto (21).**

### **2.4.1 Hemorragia durante el parto:**

Es aquella hemorragia del tercer periodo del parto: durante el tercer periodo del parto la sangre del sitio de implantación puede exteriorizarse inmediatamente o quedar oculta detrás de la placenta y las membranas hasta que nace la placenta conforme al mecanismo de expulsión Duncan o Schultze. Si se evidencia sangrado y la placenta aún no se expulsa, se debe realizar como primer paso masaje uterino, luego compresión bimanual y finalmente extracción manual, para evitar producir inversión uterina (21). En este periodo del parto es recomendable el manejo activo de la tercera etapa de parto (MATEP) (25). Si la placenta se desprendió en forma parcial bajo analgesia o anestesia y con técnica quirúrgica aséptica, habrá que realizar limpieza de cavidad y/o legrado uterino instrumental (21).

Para prevenir la hemorragia obstétrica se realiza el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), la guía de práctica clínica indica que el MATEP reduce el riesgo de hemorragia en un 60%, reduciendo los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas (5,25); la literatura científica indica que se logra una disminución de la HPP mayor de 500 ml en un 62 % y mayor de 1000 ml (severa) en un 67% por cada 1000 mujeres; el MATEP es la expulsión activa de la



placenta mediante administración de oxitocina intramuscular (IM) o intravenosa administrada lentamente o misoprostol (siendo menos efectivo que la oxitocina, puede utilizarse en caso que ésta no esté disponible o su administración no sea posible dentro del primer minuto del nacimiento), tracción controlada del cordón, pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir (2-3 minutos) del parto y masaje uterino posterior a través del abdomen después de la expulsión de la placenta (25, 26).

#### **2.4.2 Hemorragia postparto**

Consiste en la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos (21). La hemorragia postparto (HPP) consiste en la pérdida de sangre de 500 ml o más, luego del parto vaginal o igual o mayor de 1000 ml después de un parto por vía abdominal. De acuerdo a la definición clínica se entiende como sangrado excesivo que produce signos de hipovolemia como hipotensión, taquicardia, oliguria y disminución de la saturación de oxígeno por debajo de 95% (16,21); requiere tratamiento (provisión de líquidos por vía endovenosa y/o transfusión de sangre); en caso de retención de la placenta o restos; hipotonía, atonía uterina, placenta anormalmente adherente; desgarros vaginales y cervicales; inversión uterina (21,26).

#### **2.4.2 Causas de hemorragia postparto (5, 26,28)**

##### **Atonía Uterina**

El útero durante el parto no se contrae lo suficiente como para controlar el sangrado de vasos en el sitio de implantación de la placenta (21).

##### **Atonía uterina después del nacimiento**

Una vez expulsada la placenta persiste sangrado y el fondo del útero poco o insuficientemente contraído se debe iniciar masaje, administrar uterotónicos (oxitocina) (21).



### 2.4.3 Clasificación de hemorragia postparto

Desde otra óptica la hemorragia posparto es primaria y secundaria; la hemorragia posparto primaria (HPP) o inmediata ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, en aproximadamente el 70% de casos, debida a atonía uterina. El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entra en shock. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad la hemorragia puede transformarse en una amenaza para la vida. La hemorragia secundaria o tardía ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto, si ocurre posterior a este período se relaciona con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos, rara vez amenaza la vida de la mujer, pero, en ocasiones, sí puede afectarla seriamente, cuando ocurre suele deberse a padecimientos poco frecuentes y conocidos, siendo prioritario el diagnóstico temprano junto con un tratamiento multidisciplinario (1, 5, 25, 29,30).

Está escasamente representada en la bibliografía científica y en los estudios de investigación debido a su baja asociación con la mortalidad materna, aunque lleva implícita una alta morbilidad que puede determinar un número importante de complicaciones e incremento de ingresos hospitalarios; en países desarrollados se estima que la incidencia es de 0.47-1% de las púerperas. La mayoría de los estudios son epidemiológicos y antiguos, en 2015 Dossou y colaboradores reportaron 60 casos acontecidos en la población francesa con incidencia de 0.23% (30).

### 2.4.4 Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo descritos para la hemorragia posparto se encuentran: placenta previa conocida, embarazo múltiple, parto prolongado, obesidad, etnia asiática, hemorragia posparto previa, cesárea de emergencia, parto vaginal asistido, episiotomía medio lateral, placenta acreta, anemia, macrosomía fetal, madre adolescente y mayor a 35 años, primigesta, anestesia general, gran



multípara, preeclampsia y desprendimiento placentario (31,32), anormalidades del parto: parto hipotónico o hipertónico; inducción o intensificación del parto con oxitocina o prostaglandinas y antecedente de hemorragia en el parto anterior (21).

Sin embargo, en muchos casos una hemorragia posparto puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo clínicos identificables o presentes en su historia obstétrica, entre los factores asociados al trabajo de parto y el parto se encuentran: la episiotomía, cesárea y trabajo de parto prolongado, las mujeres anémicas son más vulnerables a una pérdida de sangre en cantidad moderada (5).

#### **2.4.5 Valoración inicial y tratamiento**

Explorar el canal del parto con el fin de descartar desgarros, hematomas; cavidad uterina en busca de retención de restos placentarios, con el apoyo de oxitócicos y masaje uterino continuo (21).

#### **2.5 Protocolo de hemorragia posparto (MSP)**

La clave obstétrica o sistema de respuesta rápida (SRR) se da a través de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. Está conformado por profesionales de salud capacitados en claves y emergencias obstétricas que en un accionar coordinado busca prevenir y evitar la muerte materna en respuesta a las tres grandes emergencias obstétricas causantes de morbimortalidad materna, diferenciadas por claves: ROJA para el manejo de hemorragia; AZUL para trastornos hipertensivos severos; y, AMARILLA para sepsis o choque séptico; las acciones a realizar se apoyan en el protocolo score MAMA y claves obstétricas (anexo I) (3).

#### **2.6 Score MAMÁ y claves obstétricas Protocolo**

El score MAMÁ considerada como herramienta **“complementaria”** para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y

fisiológicos, se la aplica al primer contacto con pacientes obstétricas y en cualquier nivel de atención. Se compone de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura, nivel de conciencia y una proteinuria (prueba cualitativa); dándoles una puntuación de 0 a 3 (puntaje normal valor de cero); de acuerdo al puntaje será la aplicabilidad de las medidas a tomar (3).

### SCORE MAMÁ

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	3	2	1	0	1	2	3		
FC(****)	≤ 50	—	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC(****)	1
Sistólica	≤ 70	71-89	—	90-139	—	140-159	≥160	Sistólica	2
Diastólica	≤ 50	51-59	—	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	0
FR(****)	≤ 11	—	—	12-22	—	23-29	≥30	FR(****)	0
T (°C) (*)	—	≤35.5	—	35.6-37.5	37.6-38.4	—	≥38.5	T (°C) (*)	0
Sat O <sub>2</sub>	≤ 85	86-89	90-93(**)	94-100	—	—	—	Sat O <sub>2</sub>	0
Estado de Conciencia	—	confusa / agitada	—	Alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	0
Proteinuria (***)	—	—	—	Negativo	Positivo	—	—	Proteinuria(****)	0
<b>Considerar que en la labor de parto los signos vitales podrían alterarse</b>									3

(\*) Temperatura axilar

(\*\*) (90-93%) Sin oxígeno suplementario y saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0

(\*\*\*) Se debe realizar proteinuria sobre las 20 semanas de gestación.

(\*\*\*\*) La frecuencia cardiaca y la respiratoria deben contabilizarse en un minuto completo.

**Recuerde la adecuada toma de todos los signos vitales puede salvar una vida.**

Teniendo en cuenta que la mayoría de los casos de hemorragia posparto se deben a hipotonía uterina, el manejo inicial incluye además el empleo de medicamentos uterotónicos e intervenciones de baja complejidad y disponibilidad en niveles básicos de atención. Una vez que la hemorragia posparto ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo simultáneamente (5).



## 2.7 Manejo de la hemorragia obstétrica

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica es la identificación y la corrección de la causa. El tratamiento basado en tres pilares fundamentales: medidas generales, resucitación y control del sangrado. No quirúrgico: medicamentoso de preferencia, intervencionista como segunda opción y radiológico. Y finalmente un tratamiento quirúrgico conservador o radical (3, 5, 26).

**2.7.1 Fármacos uterotónicos:** el de primera elección tenemos la oxitocina, seguida de ergometrina y prostaglandinas. cuando el sangrado persiste pese a los útero-tónico y al masaje uterino, se debe realizar compresión bimanual del útero (21); activar código y clave roja (2,3); la oxitocina tiene una vida media-corta, aproximadamente 5 minutos e inicio de acción de 2 a 3 minutos después de su aplicación intramuscular y puede mantener un efecto residual hasta una hora después de su administración, a una dosis de 10 UI intramusculares o 5 UI intravenosas en no menos de tres minutos y la continuación de una infusión continua luego de la dosis inicial con un goteo entre 40 y 167 mU/min por al menos cuatro horas, lo que permite administrar simultáneamente líquidos y medicamento. La OMS recomienda el uso de oxitocina endovenosa como droga de elección para el manejo de la hemorragia posparto sin mencionar o establecer una dosis específica (3, 5,34).



La ergometrina produce contracciones rítmicas y tetánicas del miometrio; tiene una vida media de 30 minutos a dos horas e inicio de acción de 2 a 3 minutos después de su administración; es un medicamento de segunda línea que se puede utilizar de forma simultánea o no con la oxitocina. Este medicamento está contraindicado en pacientes con hipertensión, cardiopatías, preeclampsia y que estén recibiendo tratamiento para el VIH con inhibidores de proteasa, delavirdina o nevirapina. Se recomienda una dosis inicial de 0.2 mg IM, una segunda dosis de 0.2 mg IM en la primera hora 15 a 20 minutos y repetir cada 4 a 6 horas hasta un máximo de 1 mg cinco dosis de 0.2 mg en las primeras 24 horas, siempre por vía IM (3, 5,34).

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 no está contraindicado en asma ni hipertensión; se administra por vía sublingual, oral o rectal. Puede producir náusea, vómito, diarrea, cefalea, fiebre, taquicardia, hipertensión y broncoespasmo. La administración por vía bucal es muy rápida mientras que la vía rectal tarda más tiempo en iniciar su acción, pero mantiene un efecto más largo con menor incidencia de fiebre y otros efectos secundarios; según la Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia debemos utilizar 800 microgramos (ug) de misoprostol sublinguales solo si no hay oxitocina disponible o esta falla (3, 5,34).

El ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico que inhibe la degradación del coágulo sanguíneo inhibiendo los sitios de unión de la lisina al plasminógeno, es un medicamento que se ha utilizado en pacientes con hemorragia uterina anormal, la Organización Mundial de la Salud recomienda utilizar 1g IV como dosis única cuando no se ha logrado el control del sangrado con uterotónicos o en sospecha de sangrado asociado a desgarros (3, 5,34).

El traje anti-choque no neumático es un instrumento de baja tecnología y de primeros auxilios está confeccionado de neopreno, compuesto por seis segmentos: uno para los tobillos, uno para las piernas, uno para los muslos, uno pélvico y dos abdominales, este dispositivo disminuye la irrigación sanguínea en



esa región corporal y favorece el flujo de sangre hacia los órganos vitales realizando la contrapresión circunferencial en la mitad inferior del cuerpo ayudando a combatir el shock y ganar tiempo hasta lograr el tratamiento definitivo (3,5,34).

**2.7.2 Hemorragia que no responde a los fármacos uterotónicos:** se debe iniciar compresión bimanual, se activa código rojo y clave roja (2,3). Cuando el sangrado persiste pese a los uterotónicos y al masaje uterino; se debe realizar compresión bimanual (21), activar código y clave roja (1-3, 21, 27,35). Bajo anestesia o sedación explorar cavidad uterina en busca de retención de restos placentarios, desgarros de cuello, vagina y rotura uterina. Entre otras medidas se menciona taponamiento del útero con gasa o globo (utilizando una sonda Foley o un balón de Bakri). Si estas medidas no resultan eficaces se tendrá que optar por procedimientos quirúrgicos, entre ellos: suturas compresivas del útero, ligadura de vasos pélvicos, embolización angiográfica e histerectomía (8,27).

**Lesiones del canal del parto:** incluyen el útero, el cuello uterino, la vagina y el perineo; las lesiones pueden ser desgarros de piel o mucosa con escasa pérdida sanguínea hasta desgarros que ocasionan hemorragia o hematomas letales (21).

**Desgarros cervico-uterinos:** los desgarros cervicales que miden de 0.5cm son comunes y no necesitan reparación; los que causan hemorragia o comprometen el tercio superior de la vagina, o se acompañan de lesiones de periné, por lo general ocurren con parto instrumentado; la hemorragia se controla con la reparación. Sin embargo, hay desgarros extensos que obligan la búsqueda de hemorragia peritoneal, retroperitoneal, perforación uterina y rotura uterina y la urgencia de realizar una laparotomía exploratoria (21).

**Desgarros vulvovaginales:** los más frecuentes son desgarros superficiales y pequeños de la pared anterior de la vagina y cerca de la uretra, con mínima o nula pérdida de sangre que en su gran mayoría no necesitan ser suturados (21).



**Desgarros perineales:** los desgarros perineales profundos pueden abarcar hasta el esfínter del ano, considerados desgarros de tercer y cuarto grado, necesitan ser reparados (21).

**2.7.3 Métodos quirúrgicos complementarios para tratar la hemorragia;** algunos métodos quirúrgicos pueden ser de utilidad para controlar la hemorragia obstétrica, uno de ellos es ligadura de vasos; como la desarterización de vasos uterinos (arteria uterina uní o bilateralmente cuando se ha producido un desgarro en el ángulo de la histerotomía, ligadura de arterias ováricas). Otra técnica para controlar la hemorragia es la sutura de B-Lynch, cesárea, e hysterectomía (1, 21, 27,35).

**Cesárea:** parto por vía abdominal, indicada por situaciones maternas, fetales o mixtas. Cuando se las realiza por desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura uterina o atonía uterina; entre las complicaciones vinculadas con la cesárea tenemos, hysterectomía, transfusiones, complicaciones anestésicas, choque hipovolémico, paro cardiaco, tromboembolia, infección puerperal, dehiscencia de herida (21, 27,35).

**Cesárea e hysterectomía:** antes de comenzar el parto es importante calcular el riesgo de hysterectomía para evitar la hemorragia incoercible. La presencia de placenta previa puede llevar consigo una placenta anormalmente inserta (placenta percreta o increta), que casi siempre obliga a realizar cesárea más hysterectomía (21, 27,35).

**2.7.4 Hemorragia y Shock hipovolémico en Obstetricia;** el desprendimiento prematuro de placenta es una entidad que puede complicarse y terminar en un shock hipovolémico materno y con mortalidad fetal, el tratamiento rápido de la hipotensión y la recuperación de los signos vitales revertirá el daño renal agudo evitando una diálisis materna. Una pérdida importante y aguda de sangre también puede llevar a otras instancias: coagulopatía de consumo, síndrome de Sheehan. El diagnostico diferencia se hará principalmente con la placenta previa, a través de



un examen clínico y una ecografía obstétrica. El estado de choque por hemorragia evoluciona y pasa por varias etapas, siendo necesario la restitución de sangre, administrando paquete globular en  $HB < 7g/dl$ , plasma cuando el TP, TTP estén alterados ( $1.5v/Normal$ ) y plaquetas  $< 20.000$  a  $50000$  según el caso (6, 21,36-38).

El punto más importante del tratamiento de la HPP es predicción y prevención. En toda mujer embarazada al inicio del proceso se debe hacer una historia clínica detallada identificando los factores de riesgo para la hemorragia postparto; Igualmente indagar por las diferentes creencias religiosas que puede conducir a la disminución de la paciente a transfusiones sanguíneas; básicamente el principio se debe identificar el factor causante, principalmente las correcciones quirúrgicas junto con la sustitución del volumen sanguíneo y factores de coagulación (39).

## **2.8 Guía para la calificación del estándar de las hemorragias obstétricas**

El Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008 presenta una guía para la calificación del estándar de las hemorragias obstétricas, especifica el manejo clínico inicial que debe realizarse en el hospital básico o cantonal, en el servicio de emergencia o en la consulta externa del hospital donde es atendida la paciente; si está embarazada se debe determinar la edad gestacional, luego determinar al menos una vez los signos vitales (tensión arterial, pulso o frecuencia cardíaca), valorar el sangrado vaginal y sus características, auscultar la frecuencia cardíaca fetal en embarazo igual o mayor de 20 semanas. Luego de cumplida esta valoración se debe realizar el manejo clínico que incluye: una valoración inmediata por el médico, máximo 15 minutos después del ingreso, canalizar a la paciente utilizando dos vías si es necesario y administrar cloruro de sodio al 0.9% o Lactato de Ringer. En caso de shock estabilizar a la paciente, en caso de hemorragia postparto administración de uterotónicos. En el servicio de hospitalización la guía indica primero la realización de exámenes de laboratorio entre los que tenemos: hemoglobina (Hb) y/o hematocrito (Hto), coagulación. TP (tiempo de protrombina), coagulación: TTP (tiempo de tromboplastina parcial), coagulación: conteo de plaquetas; determinar





al menos una vez al día la tensión arterial, pulso y / o frecuencia cardiaca materna, valoración de sangrado vaginal sus características, ingesta / excreta; luego el manejo terapéutico que implica continuar administración de líquidos endovenosos, y finalmente se debe efectuar el manejo terapéutico quirúrgico según diagnóstico: realizar aspiración manual endouterina (AMEU), curetaje, revisión de cavidad uterina (aborto complicado, retención de placenta o restos corioplacentarios), cesárea y/o histerectomía en casos de placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, ruptura uterina, atonía uterina, laparotomía (embarazo ectópico, atonía uterina), reparación o sutura (desgarro cervical o canal vaginal) y administrar paquete globular en HB <7g/dl, plasma (TP, TTP 1.5v/normal y plaquetas (<20.000 a 50000)) según el caso (anexo II) (6).

El estándar e indicador de proceso de complicaciones obstétricas es el 8 B (Anexo II), recoge el porcentaje de pacientes con hemorragias obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma, debe registrar los datos del establecimiento, colocar fecha y la persona responsable; realizarlo mensualmente con la información tomada de la historia clínica de las pacientes con diagnóstico de hemorragia (6).

Las actividades realizadas en la atención de las pacientes en el servicio de emergencia se verificarán hasta el ítem 10; en tanto que, en las que se encuentran en el servicio de hospitalizadas hasta el ítem 20, tomando en cuenta casos especiales en los que la medición no es aplicable por urgencia de resolución y atención medica terapéutica de las pacientes (anexo II) (6).

En el instrumento de recolección de los datos se debe registrar el número de historia clínica y según el diagnóstico y de acuerdo al nivel de resolución se registrara el manejo o cumplimiento con signo positivo (+) cuando cumple con el ítem y negativo (-) al no cumplirse con el ítem, mientras que, cuando no es aplicable por casos especiales se registrara no aplica (NA) sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar (anexo II); en el casillero del instrumento



que corresponde a cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la unidad de salud se registrara con signo positivo (+) o con signo negativo (-) de acuerdo al cumplimiento o incumplimiento de la norma (anexo II) (6).

El protocolo de prevención, diagnóstico, y tratamiento de hemorragia postparto, score MAMA y claves obstétricas normalizadas por el MSP deben utilizarse para tratar a una paciente con hemorragia según diagnóstico etiológico, perfeccionando el manejo de dicha complicación, siendo fundamental aplicarlos en su totalidad (Anexo I) (16/17), el Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal. Quito - agosto del 2008, verifica la aplicación del cumplimiento de las normas del manejo (3).

Camacho y Rubio en su estudio recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto, realizada en Colombia en el año 2015, indican que el diagnóstico basado en la estimación clínica del sangrado posparto tiene una baja sensibilidad y especificidad que conllevan el riesgo de un diagnóstico tardío; por esta razón, la hemorragia posparto se identifica clínicamente por la presencia de signos de choque durante el puerperio inmediato, empleando criterios modificados por Vélez-Álvarez GA et al, de la clasificación de Baskett para choque hipovolémico (34).

El estudio cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe-Nicaragua durante el periodo enero a diciembre 2016 revela que el nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por atonía uterina se cumplió en casi la totalidad de las pacientes, el nivel de cumplimiento de hemorragia postparto inmediato por desgarros, por retención placentaria y por inversión uterina se cumplió en el 100% de las pacientes (34).

Otra investigación evaluación del cumplimiento de las normas y protocolo para la atención de la hemorragia postparto en el Centro de Salud Rosario Pravia Medina



del municipio de Rosita (RAAN) en Nicaragua por Mendoza en 2010, indica que en la mitad de las pacientes se cumplió con el manejo activo de la tercera etapa de atención del parto (MATEP), pero que en la mayoría de éstas se aplicó de forma correcta el protocolo de la atención de la hemorragia postparto, según la causa identificada, excepto en los casos de retención placentaria (29).

Otro estudio sobre el cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco-Nicaragua, por Sobalvarro y Ulloa en 2015, señalan un porcentaje significativo de pacientes con hemorragia postparto en las cuales no se cumple adecuadamente el manejo según protocolo (35).

González y Álvarez en su estudio sobre cumplimiento de la Norma para el manejo de hemorragia post-parto en mujeres atendidas del servicio de ginecobstetricia. Hospital José Nieborowski, Boaco- Nicaragua, en el 2015. Identificaron que el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de HPP en el desgarro de cuello uterino se cumplió más de 80% y en la atonía uterina se cumplió en menos del 80.0% (36).



## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente hospitalizada con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población de estudio según las variables: edad, estado civil, residencia e instrucción.
- Identificar las características obstétricas de la población de estudio: historia obstétrica: gesta, parto, aborto, cesárea y embarazo ectópico.
- Determinar la edad gestacional del embarazo actual, en semanas de gestación.
- Verificar las acciones inmediatas realizadas en el servicio de emergencia, en la paciente con diagnóstico de hemorragia obstétrica
- Confirmar el manejo clínico inicial realizado en el servicio de emergencia, de la paciente con diagnóstico de hemorragia obstétrica.
- Evaluar el manejo clínico y de laboratorio en el servicio de hospitalización
- Valorar el manejo quirúrgico en el servicio de hospitalización

## CAPITULO IV

### 4. METODOLOGÍA

**4.1. Tipo de estudio:** descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

**4.2. Área de estudio:** departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en Av. Los Arupos y Av. 12 de abril.

**4.3. Universo:** se consideró universo a 230 historias clínicas del año 2018, cuyas epicrisis se especificó el diagnóstico de acuerdo al CIE 10, de hemorragia obstétrica, que contenían el formulario de ingreso (008), el formulario de evolución (005), formulario de administración de medicamentos, el protocolo operatorio, exámenes de laboratorio y otros documentos de la historia clínica que sirvieron para demostrar el manejo de acuerdo a la norma.

#### 4.4. Criterios de exclusión e inclusión.

- **Criterios de inclusión.** Historias clínicas de pacientes que tuvieron diagnóstico de acuerdo al CIE 10 de hemorragia obstétrica, durante el periodo de 01 de enero del 2018 a 31 de diciembre del 2018.

- **Criterios de exclusión.** Historias clínicas incompletas.

**4.5. Variables.** En el estudio se consideró únicamente variables dependientes que describen los resultados: edad, estado civil, residencia, instrucción, historia obstétrica (gestas, abortos, partos, cesáreas, ectópicos); embarazo actual y hemorragia obstétrica: acciones inmediatas y manejo clínico inicial realizado en el servicio de emergencia; manejo clínico y quirúrgico en el servicio de hospitalización.

#### 4.6 Operacionalización de las variables (anexo III).

## 4.7 Métodos, técnicas e instrumentos

**4.7.1 Método:** revisión de las historias clínicas de las usuarias con diagnóstico de hemorragia obstétrica, departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso del año 2018.

**4.7.2 Técnica:** se utilizó el formulario de recolección de datos realizado específicamente para la presente investigación en base al instrumento 8B del manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materna – Neonatal 2008 (anexo IV).

**4.7.3 Instrumento:** la información se recolectó en un formulario (anexo III) elaborado específicamente para la presente investigación, contó con varias secciones tomadas en base del “*Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal*” (anexo II). Para la valoración del cumplimiento del estándar se verificó que las acciones o ítems aplicables en cada situación se hayan realizado, en caso de faltar uno se consideró incumplimiento; en tanto que, en casos especiales las acciones o ítems no aplica (NA) ello, de acuerdo a la normativa y tal como lo especifica el instructivo del manual antes mencionado (anexo II). La calidad del dato se fundamentó en la historia clínica de las pacientes con diagnóstico de hemorragia (CIE 10) (18).

**4.7.4 Programas utilizados para análisis de resultados:** se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.

**4.8 Plan de tabulación y análisis de la información:** para el procesamiento de la información se utilizó estadística descriptiva. El diseño del estudio requirió análisis univariante. Para la presentación de los resultados se empleó tablas estadísticas, donde se utilizó frecuencias y porcentajes.



#### 4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

- Se solicitó mediante oficio, la autorización por parte del Comité de Docencia e Investigación del hospital Vicente Corral Moscoso para realizar la investigación obteniendo su aprobación (anexo V).
- El estudio al ser descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, en la cual solo se obtuvo información de historias clínicas, no fue necesario el empleo de consentimiento informado.
- Se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información con un formulario de recolección realizado específicamente para la presente investigación sin permitir acceso a terceros.

**4.10 Conflicto de intereses:** el financiamiento del estudio fue responsabilidad de las autoras.

## CAPITULO V

## 5.1 RESULTADOS

**TABLA 1**  
**Caracterización sociodemográfica de la población de estudio**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad en años</b>		
<18 años	28	12,2
18 a 25 años	118	51,3
26 a 35 años	68	29,6
>35 años	16	7,0
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	70	30,4
Unión Libre	90	39,1
Casada	67	29,1
Divorciada	3	1,3
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>Residencia</b>		
Urbana	148	64,3
Rural	82	35,7
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>Instrucción</b>		
Básica completa	36	15,7
Básica incompleta	36	15,7
Secundaria completa	111	48,3
Secundaria incompleta	29	12,6
Superior completa	8	3,5
Superior incompleta	10	4,3
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

Encontramos 230 historias clínicas con diagnóstico de hemorragia obstétrica, permitiéndonos conocer las características sociodemográficas de estas mujeres que sufrieron esta patología; teniendo la mayoría de ellas una edad entre 18 a 25 años (51,3%), con residencia urbana (64,3%), con instrucción secundaria (48,3%) y en unión libre (39,1) (tabla 1).



**TABLA 2**  
**Historia obstétrica**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Gestas</b>		
Primigesta	85	37,0
Multigesta	68	29,6
Gran multigesta	77	33,5
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>Partos</b>		
Nulípara	100	43,5
Primípara	67	29,1
Gran múltipara	63	27,4
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>Cesárea</b>		
Ninguna	208	90,4
Primera cesárea	16	7,0
Cesárea anterior	3	1,3
Cesárea iterativa I	1	0,4
Cesárea iterativa II	2	0,9
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>Abortos</b>		
Ninguno	198	86,1
Uno	29	12,6
Dos	0	0,0
Tres y mas	3	1,3
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>Embarazo ectópico</b>		
Ninguno	227	98,7
Uno	3	1,3
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

Las 230 historias clínicas revisadas revelaron que la mayor parte fueron primigestas (37.0%) y gran multigestas (33.5%), nulíparas (43,5%) y primíparas (29,1%); sin antecedente de cesárea, aborto ni embarazo ectópico (tabla 2).

TABLA N°3

## Edad Gestacional del Embarazo Actual

<i>Variable</i>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b><i>Edad gestacional</i></b>		
≤ 12 semanas	6	2,6
> 12 a 20.6 semanas	1	0,4
21 a 27.6 semanas	2	0,8
28 a 36.6 semanas	23	10
37 a 41.6 semanas	171	74,3
42 y más semanas	3	1,3
*No Aplica (paciente en puerperio)	24	10,4
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

\***Determinar la Edad gestacional:** de un total de 230 historias clínicas valorables, esta acción **no aplica** en 24 casos, porque ingresaron en puerperio.

De los 230 casos de hemorragia obstétrica se encontró que la gran mayoría de las mujeres con este diagnóstico, cursaron un embarazo a término (tabla 3).

**TABLA N° 4**  
**Acciones inmediatas realizadas en el servicio de emergencia**

<i>Variable</i>	<i>Número de historias clínicas valorables para realizar la acción</i>	<i>Realiza Acción</i>	<i>Porcentaje de cumplimiento de la acción</i>
<b>*Determinar edad gestacional</b>	206	206	100.0
<b>Control tensión arterial</b>	230	230	100.0
<b>Control pulso y / o frecuencia cardíaca materna</b>	230	230	100.0
<b>Valorar el sangrado vaginal y sus características</b>	230	230	100.0
<b>**Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (embarazo más de 20 semanas)</b>	199	199	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

**\*Determinar la edad gestacional:** de un total de 230 historias clínicas valorables, esta acción **no aplico** en 24 casos, porque ingresaron en puerperio.

**\*\*Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal:** de 230 historia clínicas valorables esta acción **no aplico** en 31 casos: 7 porque cursaron con un embarazo menor de 20 semanas y 24 por encontrarse en puerperio.

Las acciones inmediatas realizadas en el servicio de emergencia fueron cumplidas en el 100%.

TABLA N° 5

## Manejo clínico inicial realizado en el servicio de emergencia

<i>Variable</i>	<i>Número de historias clínicas valorables para realizar la acción</i>	<i>Realiza Acción</i>	<i>Porcentaje de cumplimiento de la acción</i>
<i>Valoración inmediata por médico, máximo en 15 minutos después del ingreso</i>	230	230	100.0
<i>Administración de SS 0.9% / Lactato Ringer (Canalizando 2 vías si es necesario).</i>	230	230	100.0
<i>*En caso de shock estabilizar a la paciente</i>	22	22	100.0
<i>**En caso de hemorragia postparto, administración de uterotónicos: oxitocina</i>	224	224	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

*\*En caso de shock estabilizar a la paciente:* de un total de 230 historias clínicas valorables, esta acción **aplico** en 22 casos porque ingresaron con diagnóstico de shock hipovolémico.

*\*\*En caso de hemorragia postparto, administración de uterotónicos: oxitocina:* de 230 historia clínicas valorables esta acción **no aplico** en 6 casos: porque ingresaron con diagnóstico de embarazo ectópico.

En el manejo clínico inicial realizada en el servicio de emergencia las acciones se cumplieron al 100% (tabla 5).

**TABLA N° 6**  
**Manejo clínico y de laboratorio en el servicio de hospitalización**

<i>Variable</i>	<i>Número de historias clínicas valorables para realizar la acción</i>	<i>Realiza Acción</i>	<i>Porcentaje de cumplimiento de la acción</i>
<b>Manejo clínico</b>			
<b>determinar al menos tres veces al día</b>			
Tensión arterial	230	174	75.65
Pulso y / o frecuencia cardiaca materna	230	174	75.65
Valoración de sangrado vaginal sus características	230	216	93.9
Ingesta / excreta	230	205	89.1
<b>Tratamiento farmacológico</b>			
*Administración de uterotónicos: oxitocina, metilergometrina, misoprostol	224	224	100.0
<b>Transfusiones</b>			
*Administración de Paquete globular en HB <7g/dl, plasma (TP, TTP 1.5v/Normal y plaquetas (<20.000 a 50000 según el caso)	67	67	100.0
<b>Manejo de laboratorio: realización de exámenes</b>			
Hemoglobina (Hb) y/o hematocrito (Hto).	230	230	100.0
Coagulación: Tp (tiempo de protrombina)	230	230	100.0
Coagulación: TTP (tiempo de tromboplastina parcial)	230	230	100.0
Coagulación: conteo de plaquetas	230	230	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

\***Administración de uterotónicos: oxitocina, metilergometrina, misoprostol:** de 230 historia clínicas valorables esta acción **no aplica** en 6 casos: porque ingresaron con embarazo ectópico.

\***Administración de Paquete globular en HB <7g/dl, plasma (TP, TTP 1.5v/Normal y plaquetas (<20.000 a 50000 según el caso):** de un total de 230 historias clínicas valorables, esta acción **aplica** en 67 casos (22 casos porque ingresaron con diagnóstico de shock hipovolémico (4 embarazos ectópicos, 10 cesáreas, 3 histerectomías y 5 púerperas) y 45 en pacientes con hemorragia postparto por atonía uterina.

De las 230 historias clínicas valorables en lo que tiene que ver con manejo clínico: determinar al menos tres veces al día: 56 casos (tensión arterial y pulso y/o frecuencia cardiaca materna), 14 casos valoración de sangrado vaginal sus características y 25 casos control de ingesta y excreta la acción no fue registrada. En manejo de laboratorio: realización de exámenes se cumplió los 4 ítems que contempla la normativa y fue registrado en las historias clínicas (tabla 6).

TABLA N°7

**Manejo quirúrgico de la paciente con diagnóstico de hemorragia obstétrica**

<b>Variable</b>	<b>Número de historias clínicas valorables para aplicar la acción</b>	<b>Realiza Acción</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento de la acción</b>
AMEU por aborto de hasta 12 semanas	1	1	100.0
Curetaje en embarazos mayores a 12 semanas	11	11	100.0
Revisión de cavidad uterina por retención de placenta o restos corioplacentarios	40	40	100.0
Cesárea por placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, ruptura uterina, atonía uterina	26	26	100.0
Cesárea más técnica de B-Lynch, desautorización de vasos uterinos por placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, ruptura uterina, atonía uterina	3	3	100.0
Histerectomía por placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, ruptura uterina, atonía uterina	6	6	100.0
Laparotomía por embarazo ectópico, atonía uterina	6	6	100.0
Reparación o sutura de desgarro cervical o canal vaginal	67	67	100.0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

En 163 de 230 historias clínica valorables se registró manejo quirúrgico de acuerdo al diagnóstico clínico, cumplimiento del 100% (tabla 7).

**TABLA N 8**  
**Cumplimiento de la normativa según manejo terapéutico de la hemorragia obstétrica**

Variable	Historias clínicas valorables	
	Frecuencia	Porcentaje
Cumplimiento del estándar	171	74.3
No cumplimiento del estándar	59	25.7
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>

Fuente: formulario de recolección de datos.

Autoras: Gabriela Karina Lasso R/ Michelle Patricia Maldonado P.

Se verificó que las acciones o ítems aplicables en cada situación se hayan realizado de faltar uno de ellos se consideró no cumplimiento; exceptuando las acciones o ítems que no aplicaron (NA), todo enmarcado en la normativa y en base al “*Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal*” (anexo II). Al encontrarse 59 historias clínicas incompletas dado que en 56 de ellas no se completó la variable tensión arterial, en 2 casos no se registró adecuadamente ingesta/excreta y en 1 caso no se realizó una adecuada valoración del sangrado en la paciente obstétrica (tabla 6), dando como resultado un 74.3% (171/230) de cumplimiento.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

La hemorragia obstétrica ha sido considerada como la principal causa de muerte materna en todos los países en vías de desarrollo, ubicándola como uno de los principales problemas de salud pública mundial. Al momento se ha calculado que al año mueren 140.000 mujeres en el mundo a causa de sangrado postparto (38).

El presente estudio se realizó en el hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2018, donde se registró un total de 4776 partos; de los cuales 2313 (48.43%) fueron partos por vía vaginal, 1705 (35.7%) cesáreas, 758 (15.87%) partos complicados. Del total global (4776) se encontró 230 (4.82%) historias clínicas de pacientes que tuvieron diagnóstico de hemorragia obstétrica, que cumplieron los criterios de inclusión y entraron al estudio.

En relación con las características socio demográficas el estudio de Manzanares y Núñez realizado en el hospital Bertha Calderón Roque, Managua Nicaragua 2016, el grupo de edad con mayor porcentaje de hemorragia postparto se encontraba entre los 20 a 35 años con un 52%, seguido del grupo  $\geq$  a 35 años con el 19%. En la presente investigación la mayor parte de las mujeres tuvieron entre 18-25 años (51.3%), en segundo lugar (29.6%) estuvo el grupo de 26 a 35 años.

El estudio realizado por Mafaldo Rivadenyra en Perú, en el Hospital Regional De Loreto 2016, concluyó que la mayor prevalencia de hemorragia post parto fue en mujeres con estado civil, unión libre con un 45.5%, con educación primaria 28.88% y procedencia rural 50,74%. En el presente estudio el estado civil unión libre represento el 39.1%, el nivel de instrucción secundaria completa con el 48,3% y procedencia urbana con el 64.3%; difiere del estudio de Mafaldo Rivadenyra donde primaron las pacientes con secundaria completa y procedentes del área





urbana; sin embargo, coincide con respecto a las pacientes con estado civil de unión libre (40).

En cuanto a características obstétricas la investigación realizada en el Hospital PNP "Luis N. Sáenz", Perú 2018, se determinó que la multiparidad, los antecedentes obstétricos y el parto por cesárea fueron las principales causales de hemorragia obstétrica (33). En el estudio de Palomo Tercero, realizado en el Hospital Regional de Escuintla Guatemala 2014, el 40,30% fueron multíparas y el 32,83 % nulíparas, un 77.61% tuvieron un embarazo a término. El estudio de Gómez Fonseca y Naranjo Naranjo realizado en Bayamo- Cuba entre 2014- 2015, donde encontraron que de un total de 102 mujeres que sufrieron hemorragia obstétrica el 74.50% (76) correspondía al segundo trimestre de gestación (13-28 semanas), el 12.76%( 23) gestantes al tercer trimestre y solo en 12,74% (13) al primer trimestre del embarazo 12.74%. (43)

En la presente investigación predominaron las primigestas y gran multigestas con 37.0% y 33.5% respectivamente, en cuanto a partos un 43.5% fueron nulíparas y el 27.4% gran multíparas, el 75.7% presentaron embarazo a término; el estudio señalado difiere en cuanto a las características obstétricas de embarazos anteriores y partos; no así, con la edad gestacional (41).

En el estudio de Alemán Gutiérrez realizado en el hospital Bertha Calderón Roque, Managua Nicaragua, en el 2015 de acuerdo al cumplimiento en el control y seguimiento de las pacientes se realizó: vigilancia del sangrado 97.85%, control de signos vitales 99.57%, administración de tratamiento 92.27%; y, de acuerdo a exámenes de laboratorio el 59.2% tenían hematocrito normal. En la presente investigación la valoración de las características del sangrado transvaginal se cumplió en un 93.9%; signos vitales se efectuó en un 75.7%; el manejo clínico inicial se cumplió en el 100% (224/224 casos); la administración de lactato Ringer o de Solución Salina, uterotónicos, tratamiento quirúrgico y realización de exámenes de laboratorio se cumplió en el 100%; el control de ingesta y



eliminación un 89.1%. En ambos estudios la valoración médica se cumple en porcentajes similares (42).

La investigación evaluación del cumplimiento de las normas y protocolo para la atención de la hemorragia postparto en el Centro de Salud Rosario Pravia Medina del municipio de Rosita (RAAN) en Nicaragua por Mendoza en 2010, indica que, se aplicó de forma correcta el protocolo de la atención de la hemorragia postparto, según la causa identificada, excepto en los casos de retención placentaria (40).

Otro estudio sobre el cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco-Nicaragua, por Sobalvarro y Ulloa en 2015, señala un porcentaje significativo de pacientes con hemorragia postparto en las cuales no se cumplió adecuadamente el manejo según protocolo (41).

González y Álvarez en su estudio sobre cumplimiento de la Norma para el manejo de hemorragia post-parto en mujeres atendidas del servicio de ginecobstetricia. Hospital José Nieborowski, Boaco- Nicaragua, en el 2015. Identificaron que el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de HPP en el desgarro de cuello uterino se cumplió más de 80% y en la atonía uterina en menos del 80.0% (42).

En el estudio realizado por Osorio Ríos en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Nicaragua durante el 2016, como principal medida para manejar la HPP se utilizaron uterotónicos: oxitocina, seguida de ergonovina y el misoprostol en casos necesarios; 3.5% se requirió histerectomía, por atonía uterina; 70.8% de transfusiones debido a la presencia de anemia moderada a severa en un 84.2%. Presentando un 95.5% de cumplimiento de los estándares en el abordaje de la hemorragia postparto (43). Se puede observar similitud en cuanto a la utilización de uterotónicos como primera medida ante una HPP, principalmente la oxitocina.



Cumplimiento en la presente investigación fue del 74.3% (171/230), al no encontrarse el registro de **tensión arterial** en 59 de 230 historias clínicas valorables.



## CAPITULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

- La hemorragia obstétrica tuvo mayor impacto entre las edades de 18 a 25 años, del área urbana, con estado civil unión libre y un nivel de instrucción secundaria completa.
- Las mujeres más vulnerables a hemorragia obstétrica fueron las primigestas seguidas de las gran multigestas con un embarazo a término.
- Las acciones realizadas en el servicio de emergencia fueron cumplidas en el 100%.
- No se registraron las acciones realizadas en el departamento de hospitalización en lo referente a tensión arterial que fue la primera acción registrada y la que determino el porcentaje de incumplimiento.
- Se utilizó con mayor frecuencia la administración de líquidos cristaloides para mejorar la hipovolemia y siendo menor la transfusión de paquete globular.
- Este estudio concluyó que: en el servicio de Ginecología y Obstetricia, el cumplimiento del protocolo del manejo de hemorragia obstétrica fue de un 74.3%.

## CAPITULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hemorragia post-parto - Medicina Fetal Barcelona. 2015. Madrid – España [Internet]. Julio 2015 [Citado 13 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-maternaobstetrica/hemorragia-post-parto.html>.
2. Manual código rojo para el manejo de la hemorragia obstétrica. Guatemala. 2014. [Internet]. [Citado 11 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=784-manual-del-codigo-rojo-paa-el-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica&category\\_slug=publications&Itemid=255](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=784-manual-del-codigo-rojo-paa-el-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica&category_slug=publications&Itemid=255)
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Primera edición. Quito: MSP, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna, 2017. [Internet]. 2017 [Citado 25 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://181.211.115.37/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf>
4. RIPS- red pública integral de salud [Internet]. 2008 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [instituciones.msp.gob.ec/dps/morona\\_santiago/index.php?option=...id](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?option=...id).
5. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. [Internet] 2013 [Citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://salud.gob.ec>.
6. Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno - Neonatal. Proceso de Normalización de SNS, Sub-comisión de Prestaciones del SNS, Componente Normativo Materno Neonatal, Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención



- Materno - Neonatal 2008. [Internet]. 2008 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D65.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf)
7. OMS | Mortalidad materna - World Health Organization. [Internet]. 2018 [citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: Mortalidad materna-World Health Organization.
  8. Mortalidad Evitable Gaceta de Muerte Materna SE50. Ecuador 2017. [Internet]. 2017 [Citado 24 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-MM-SE-50.pdf>
  9. Ministerio de Salud Pública: Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna. Ecuador 2008 [Internet]. 2008 [citado 28 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: [www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D589.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf).
  10. Constitución de 2008 - Asamblea Nacional del Ecuador. [Internet]; 2008 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.aeprovi.org.ec> › ... › Zona de Descarga › Asamblea Constituyente.
  11. Ley orgánica de salud. Quito- Ecuador [Internet]. 2015 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [https://www.todaunavida.gob.ec/wp.../SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp.../SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).
  12. Código de la Niñez y Adolescencia. Quito- Ecuador [Internet]; 2008 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.etapa.net.ec/Portals/.../CODIGO-DE-LA-NINEZ-Y-ADOLESCENCIA.pdf>
  13. Domínguez E, Flores C, Pacherras S. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural 2017. MAIS. Rev. Méd. Dominio de las ciencias 2017; 3(2): 921-935. [Internet]. 2017 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6325896.pdf>.



14. Plan Nacional Para el Buen Vivir 2013-2017. Quito- Ecuador. [Internet]. 2013 [citado 10 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.buenvivir.gob.ec/>.
15. Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2010. Quito- Ecuador. [Internet]. 2018 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2007-2010/>
16. Ministerio de Salud Pública, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Dirección de Inteligencia de la Salud. Prioridades de investigación en salud 2013-2017. Ecuador, 2017. Pág. 16. Publicación. [Internet]. [Citado 30 de enero del 2019]. Recuperado a partir de: [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu\\_medicina/Investigacion/PRIORIDADES\\_INVESTIGACION\\_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf)
17. Sistema de Salud del Ecuador. [Internet]. 2015 [citado 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://es.slideshare.net/samylq/sistema-nacional-de-salud-en-el-ecuador>.
18. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito-2013: 1ª edición. Dirección Nacional de Normatización. Recuperado a partir de: <http://salud.gob.ec>
19. Consenso Hemorragia Postparto (HPP) SOGIBA. 2018. [Internet]. 2018. [Citado 2 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: [www.sogiba.org.ar/images/Consenso\\_HPP\\_SOGIBA\\_2018.pdf](http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_HPP_SOGIBA_2018.pdf)
20. Organización Mundial De La Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. 2017 Ginebra 27, Suiza [Citado 01 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf)
21. Cunningham F.; Leveno k.; Bloom S.; Spong C.; Dashe J.; Hoffman B.; Casey B.; Sheffield J. Hemorragia obstétrica. Williams Obstetricia. Texas-EEUU. 2015; 24<sup>va</sup> edición. Editorial Mc Graw Hill. Páginas: 780-814 p. [Citado 2 de Junio de 2019]



22. Cunningham F.; Leveno k.; Bloom S.; Spong C.; Dashe J.; Hoffman B.; Casey B.; Sheffield J. Aborto. Williams Obstetricia. Texas-EEUU. 2015; 24<sup>va</sup> edición. Editorial Mc Graw Hill. Páginas: 350-370. [Citado 2 de Junio de 2019]
23. Cunningham F.; Leveno k.; Bloom S.; Spong C.; Dashe J.; Hoffman B.; Casey B.; Sheffield J., Embarazo ectópico. Williams Obstetricia. Texas-EEUU. 2015; 24<sup>va</sup> edición. Editorial Mc Graw Hill. Páginas: 377-391. [Citado 2 de Junio de 2019]
24. Cunningham F.; Leveno k.; Bloom S.; Spong C.; Dashe J.; Hoffman B.; Casey B.; Sheffield J., Enfermedad trofoblástica gestacional. Williams Obstetricia. Texas-EEUU. 2015; 24<sup>va</sup> edición. Editorial Mc Graw Hill. Páginas: 396-404.
25. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1<sup>a</sup> Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Recuperado a partir de: <http://salud.gob.ec>.
26. Asturizaga P. Toledo Jaldin L. Hemorragia Obstétrica. Rev. Méd. La Paz. 2014, vol.20, n.2, pp. 57-68. [Internet] [citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [www.scielo.org.bo/pdf/rmcm1p/v20n2/v20n2\\_a09.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcm1p/v20n2/v20n2_a09.pdf).
27. Flasog. Hemorragia Postparto ¿hacia dónde vamos? 2018 [Citado 2 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: [www.flasog.net/static/libros/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf](http://www.flasog.net/static/libros/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf)
28. Hemorragia postparto – Medigraphic 2014 [Citado 2 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc2014/rmc141n.pdf>
29. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto; An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1 Pág. 159-167. [Internet] 2009 [citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113766272009000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272009000200014&lng=es).



30. García S, Álvarez E; Rubio P; Borrajo E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Ginecol Obstet Mex* 2017 abril: 85(4): 254-266. [Internet]. 2017 [Citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom174g.pdf>
31. Al-Zirqi; Vangen S.; Forsen L.; Stray-Pedersen B. Prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave - Artículos – IntraMed. *BJOG* 2008;115:1265–1272. [Internet]. [Citado 28 de diciembre 2018]. Recuperado a partir de : <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55211>
32. Jambay Castro JV Tesis. Prevalencia de hemorragia puerperal en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Guayaquil. Ecuador. 2018. [Internet] [citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31020>).
33. Luna C. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, HOSPITAL PNP “LUIS N. SÁENZ”, Lima-Perú 2018. [Tesis de Pregrado en Internet]. 2018 [Lima-Perú]: Universidad de Ricardo Palma; 2018 [Citada 27 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [repositorio.urp.edu.pe/.../TESIS%20-%20FLORES%20LAPA%20DANIEL%20ANGE...](http://repositorio.urp.edu.pe/.../TESIS%20-%20FLORES%20LAPA%20DANIEL%20ANGE...)
34. Camacho F, Rubio J. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto *Rev. Fac. Med.* 2016 Vol. 64 No. 1: 87-92. [Internet]. 2016 [Citado 10 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.50780>).
35. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto; *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009, Vol. 32, Suplemento 1 Pág. 159-167. [Internet] 2009 [citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113766272009000200014&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272009000200014&lng=es.)
36. Hannah L, et al. Shock index thresholds to predict adverse outcomes in maternal hemorrhage and sepsis: a prospective cohort study AOGS. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology.* England 18 April



2019. [Citado 2 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1111/aogs.13626>
- 37.** Andrikopoulou M, D'Alton M. Postpartum hemorrhage: early identification challenges. *Semin Perinatol.* 2019; 43(1):11–7. Columbia University, New York- EEUU. 2018. [Citado 2 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30503400>
- 38.** Guerrero M, Escárcega L, González O, Palomares A, Gutiérrez C. Utility of the shock index in obstetric hemorrhage as a predictive value for the transfusion requirement. *Ginecol Obstet Mex.* 2018 octubre; 86(10):665-674. [Citado 2 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2018/gom1810g.pdf>
- 39.** Clachar G, Araque, B. HEMORRAGIA POSTPARTO; *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica* LXXI (609) 79 -84, 2014. [Internet]. 2014 [Citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc141n.pdf>,
- 40.** Mendoza N. Evaluación del cumplimiento de las normas y protocolo para la atención de la hemorragia postparto en el Centro de Salud Rosario Pravia Medina del municipio de Rosita (RAAN), en el periodo comprendido del mes de enero del año 2007 a diciembre del 2009. [Tesis de Grado en Internet]. [León]: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA. 2009 [citada 29 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5072/1/218359.pdf](http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5072/1/218359.pdf).
- 41.** Sobalvarro B, Ulloa M. Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de junio 2013 a junio 2014”. Tesis de Grado en Internet]. [León]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. 2015. Citado 25 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: [repositorio.unan.edu.ni/3301/1/76358.pdf](http://repositorio.unan.edu.ni/3301/1/76358.pdf)
- 42.** González A, Álvarez. (2015) Cumplimiento de la Norma para el Manejo de Hemorragia Post-Partos en Mujeres Atendidas del Servicio de



Ginecobstetricia. Hospital José Nieborowski, Boaco. Enero a diciembre 2014. [Tesis de Grado en Internet]. [León]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. 2015 [citada 29 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1449>.


- 43.** Gómez Fonseca H.; Naranjo Naranjo O.; Céspedes F.; Mojena León H.; Peña Rivero Y.; Comportamiento de eventos centinelas en urgencias obstétricas trasladadas en la emergencia médica móvil. Bayamo 2014-2015. Multimed volume 20 (3) mayo a junio. Revista Médica. Granma. Cuba 2016. [citada 11 de diciembre de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/195/220>

## ANEXOS

## Anexo I

Protocolo de manejo CLAVE ROJA			
Acciones generales a realizar. (las acciones deberán realizarse al mismo tiempo por el equipo conformado en la clave roja)	1er nivel	2do nivel	3er nivel
Identifique a la paciente con hemorragia con o sin signos de choque. Debido a que existe una subestimación de la pérdida sanguínea en la gestante, se utilizará la escala de Basket para clasificar el grado de choque. (ver tablas 5 y 6)	X	X	X
Active la <b>CLAVE ROJA</b> y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad	X	X	X
<b>Comunicar y activar</b>			
Laboratorio y servicio de medicina transfusional de acuerdo al nivel de atención.	Tipo C	X	X
Sala de cirugía , centro obstétrico	Tipo C	X	X
Servicio de cuidados intensivos			X
Transporte: ambulancia	X	X	
<b>Acciones a realizar</b>			
Realizar examen físico completo que incluya signos vitales completos y nivel de conciencia.	X	X	X
Colocar traje antishock no neumático, de acuerdo a disponibilidad. ( ver anexo 8)	X	X	X
Asegurar vía aérea: Proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%.	X	X	X
Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18 o N°20 (realizar exámenes de laboratorio) e iniciar infusión rápida de líquidos preferiblemente calientes.	X	X	X
Iniciar reposición de líquidos (3:1) en infusión rápida con cristaloides, luego bolos de 500 cc según evolución clínica hasta que la presión arterial sistólica (PAS) suba sobre 90 mmHg. (29)  <b>Nota:</b> evite la reposición rápida o en grandes volúmenes en pacientes con preeclampsia, anemia y cardiopatías, en ellas el manejo inicial será con bolos de 500 cc.	X	X	X
Si la paciente presenta choque severo: Transfundir 2 concentrados de glóbulos rojos previa realización de pruebas cruzadas, y en caso de no disponer pruebas cruzadas se colocarán 2 unidades de <b>ORh Negativo</b> .	Tipo C	X	X
Vaciar vejiga y colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección.	X	X	X
Mantener abrigada a la paciente	X	X	X
Activar la <b>RED</b> para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.	X	X	

Exámenes de laboratorio complementarios			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biometría hemática</li> <li>• Pruebas cruzadas</li> <li>• Tiempos de coagulación, fibrinógeno</li> <li>• Función renal y hepática</li> <li>• Electrolitos</li> <li>• Gasometría</li> </ul>		X	X
• Realizar prueba de coagulación junto a la cama (tubo rojo 10ml)	X	X	X

Acciones a realizar según la causa de la hemorragia (4T)	1er nivel	2do nivel	3er nivel
<b>1 T : Atonía uterina</b>			
1. Inicie masaje uterino o compresión bimanual permanente. Con guantes estériles el puño de una mano se coloca en la vagina presionando la cara anterior del útero, con la otra mano se comprime a través del abdomen la cara posterior del útero.(30)	X	X	X
 <p>Tomado de: Baker, K 2014 (31)</p> 2. Administre uterotónicos si el caso lo amerita: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Oxitocina</b> 10 UI/mL intramuscular (o 5 UI intravenoso lento) y 20-40 UI en 1000 mL de solución cristaloide en infusión intravenosa a 250 mL/h.</li> <li>• <b>Misoprostol</b> 800 µg sublingual o vía oral u 800 µg vía rectal.</li> <li>• <b>Metilergonovina o Ergonovina</b> (en ausencia de preeclampsia) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un período de 24 horas.</li> </ul> <p><b>*Nota:</b> en el primer nivel de atención se dispondrá de oxitocina y misoprostol.</p> 3. Si a pesar del masaje uterino y la administración de uterotónicos la hemorragia no cede, se deberá colocar el balón de compresión uterina. (ver anexo 7)			

<b>2 T: Trauma del tracto genital</b>			
1. Realizar inspección visual de la cavidad			
2. Aplicar presión			
3. Realizar reparo de las lesiones	X	X	
4. En caso de no obtener resultados adecuados, <b>TRANSFERIR</b>			
<b>Inversión uterina</b>			
5. No coloque uterotónicos			
6. No intente remover la placenta			
7. <b>TRANSFIERA</b> a la paciente para resolución definitiva a un establecimiento de mayor complejidad.	X	X	
<b>3 T: Retención placentaria</b>			
1. <b>TRANSFERIR</b> a la paciente para resolución definitiva.	X	X	
<b>4 T: Coagulopatía</b>			
<b>TRANSFERIR</b> a la paciente para resolución definitiva.	X	X	
Administrar ácido tranexámico a dosis de 1 g IV (luego cada 6 horas) en caso de (32):			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorragia posparto (HPP) secundaria a traumatismo de canal del parto</li> <li>Sospecha trastornos de coagulación por historia clínica</li> <li>HPP que no cede al manejo inicial con uterotónicos.</li> </ul>	X	X	X
En caso de hemorragia que no cede, colocar balón de compresión uterino, previa administración de antibiótico profiláctico.	X	X	X
Si no obtiene un resultado satisfactorio en el manejo de estas patologías, se debe realizar la <b>TRANSFERENCIA</b> de la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.	X	X	

**Tabla 5.** Clasificación del grado de shock.

Pérdida de Volumen en % y ml (gestante 50-70 Kg)	Nivel de conciencia	Perfusión	Frecuencia cardíaca Lat/min	Presión arterial sistólica mmHg	Grado de choque	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35 % 2000-3000	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar >3"	>120	<70	Severo	>6000

Tomado de: Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D, 2012. (30)

**Tabla 6.** Índice de choque.

Índice de choque (32,33)
<p><b>Indicador: frecuencia cardíaca / presión arterial sistólica</b></p> <p><b>Índice &gt; 1:</b> se debe iniciar transfusión inmediata de 2 unidades de sangre sin cruzar- O negativo- . Si no está disponible se puede usar -O positivo- y solicitar las unidades adicionales cruzadas.</p> <p>Si se transfunden 6 unidades o más de glóbulos rojos, se debe mantener la relación 1:1:1, por cada unidad de glóbulos rojos se debe administrar 1 unidad de plasma y 1 unidad de plaquetas.</p>

Fuente: Petro Urrego , 2014 (32); Le Bas, 2014 (33)

### KIT CLAVE ROJA

#### Dispositivos Médicos

- Bolsa para drenaje urinario, adulto (1)
- Bolsa retrosacal 2000ml (1)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Cánula de Guedel tamaño 4,5,6 ó 7 (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G, 20G (2 c/u)
- Catéter urinario uretral 14Fr (1)
- Equipo de venoclisis (3)
- Esparadrapo común o Esparadrapo poroso (1)
- Guantes quirúrgicos Nº 6.5,7,7.5 (2 c/u)
- Guantes de examinación, talla mediana, nitrilo (5 pares)
- Jeringas de 3ml, 5ml, 10 ml con aguja (4 c/u)
- Jeringa 20 ml, con aguja (1)
- Mascarilla de oxígeno, adulto (1)
- Mascarilla quirúrgica (5)
- Pinza Aro reutilizable estéril (2)
- Sutura de seda trenzada N° 0 ó N°1 (1)
- Espéculo vaginal tamaño estándar (1)
- Pinza umbilical (1)
- Gel lubricante sachet (5) o tubo (1)

Balón de compresión (condón):

- Sonda nelaton Nº 16 Fr (1) o catéter urinario ureteral 16Fr (1)
- Condón masculino (3)

Balón de compresión (Bakri u otros)

#### Material de Laboratorio

- Tubos para extracción de sangre al vacío, tapa celeste (3)
- Tubos para extracción de sangre al vacío, tapa lila (3)
- Tubos para extracción de sangre al vacío, tapa roja 10 ml (3)

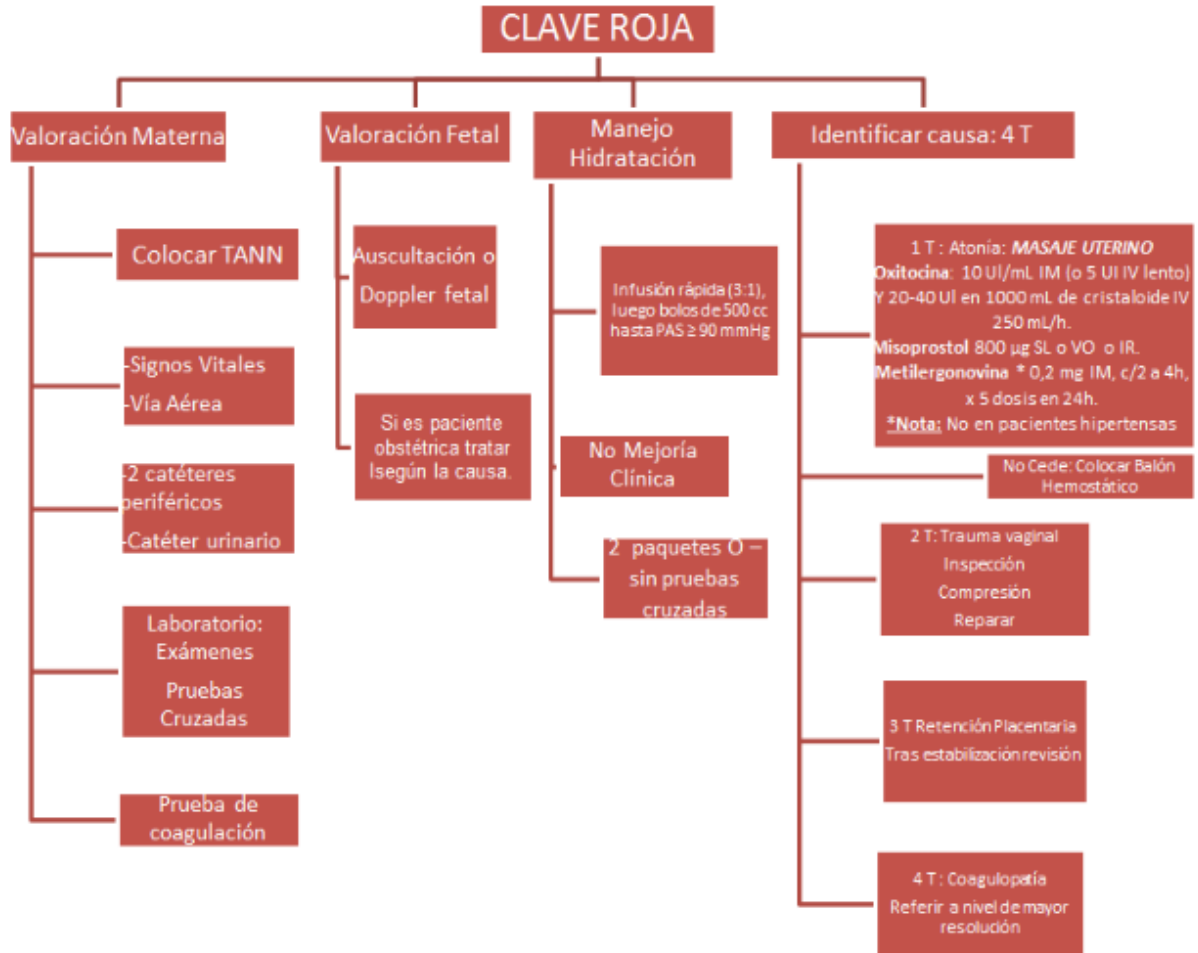
#### Insumos

- Algoritmos clave roja
- Marcador permanente negro o azul (1)
- Pedidos de laboratorio – Form 10-A (3)
- Pedidos de sangre – Form.08-spsang (3)

#### Medicamentos

- Cloruro de sodio líquido parenteral 0.9 % 1000 ml (1funda)
- Lactato Ringer líquido parenteral 1000 ml (9 fundas)
- Oxitocina líquido parenteral 10 UI/ml (9 ampollas)
- Misoprostol sólido oral 200 mg (8 tabletas)
- Metilergometrina líquido parenteral 0,2 mg/ml (3 ampolla) sólo establecimientos tipo B,C y hospitales
- Ácido tranexámico líquido parenteral 100 mg/ml (4 ampollas)
- Cefazolina sólido parenteral 1 g (3 viales)





## ANEXO II

**8 B. Porcentaje de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma**

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO:**

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
  2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
  3. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas como hemorragias obstétricas del instrumento: Lista de complicaciones obstétricas, antes llenado, (incluyendo las cesáreas que fueron realizadas por hemorragias).
  4. A continuación verifique en la historia clínica: formularios de ingreso (008), evolución (005), administración de medicamentos, y otros, si el proveedor de salud realizó y registró las actividades planteadas en el estándar según la norma.
- Si la paciente es atendida en emergencia se realizarán las actividades correspondientes hasta el ítem 11, que termina con la transferencia, mientras que si es hospitalizada se realizarán además las actividades hasta el ítem 25.
- Se debe tener en cuenta casos especiales, por ejemplo que durante la evolución de la paciente se puede realizar el parto / cesárea o aborto, lo que impide que se realice la medición de la frecuencia cardiaca fetal, o por ejemplo si la hemorragia es en el post parto, no se realizará el examen obstétrico, sin embargo esto no quiere decir que el estándar sea negativo, ya que no aplica la realización de dichas actividades.
5. En el instrumento de recolección de datos registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada ítem o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por casos especiales como los mencionados, se registrará NA (no aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar. Considere el manejo terapéutico según diagnóstico, a la resolución del caso, aplicando las Normas del manual de Normas y Procedimientos de Salud Sexual y Reproductiva del MSP.
  6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud?, Registre signo positivo (+) si cumple con los aspectos que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Se debe tomar en cuenta que en cualquier momento puede ser transferida la paciente, pero el tiempo de manejo ambulatorio u hospitalizada debe ser de acuerdo a los aspectos seleccionados de la norma. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).



**ANEXO III**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el parto.	Años cumplidos	Años cumplidos según consta en el registro de la historia clínica	1. <18 años 2. 18 a 25 años 3. 26 a 35 años 4. + 35 años
<i>Estado civil</i>	Condición de cada Persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Estado en relación a los derechos y obligaciones civiles	Estado civil según consta en el registro de la historia clínica	1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Divorciada
<i>Residencia</i>	Lugar donde habita diariamente con su familia	Tipo de ciudad según división geopolítica	Residencia según consta en el registro de la historia clínica	1. Urbana 2. Rural
<i>Instrucción</i>	Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona y que les permite ir elevando su nivel de educación.	Nivel educativo	Instrucción según consta en el registro de la historia clínica	1. Básica Completa 2. Básica Incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria Incompleta 5. Superior completa 6. Superior Incompleta
Historia obstétrica	Embarazo dentro del útero desde la concepción hasta antes del parto.	Gestas	Embarazos anteriores según consta en el registro de la historia clínica	1. Nuligesta 2. Primigesta 3. Multigesta 4. Gran multigesta

	Feto a término nacido por vía vaginal	Partos	Partos anteriores según consta en el registro de la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nuligesta</li> <li>2. Primigesta</li> <li>3. Multigesta</li> <li>4. Gran multigesta</li> </ol>
	Feto a término nacido por vía abdominal	Cesárea	Cesáreas anteriores según consta en el registro de la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguna</li> <li>2. Primera cesárea</li> <li>3. Cesárea anterior</li> <li>4. Cesárea iterativa I</li> <li>5. Cesaría Iterativa II</li> </ol>
	Expulsión del feto con peso menor a 500 g o antes de 20 semanas	Abortos	Abortos anteriores según consta en el registro de la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ninguno</li> <li>2. uno</li> <li>3. dos</li> <li>4. tres y mas</li> </ol>
	Embarazo fuera del útero desde la concepción hasta su diagnóstico.	Embarazo ectópico	Embarazo ectópico anterior según consta en el registro de la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ninguno</li> <li>2. uno</li> </ol>
<b>Embarazo actual:</b>	Desarrollo del nuevo individuo en el útero, desde el momento de la concepción hasta antes del parto	Tiempo transcurrido	Número de semanas de gestación según consta en el registro de la historia clínica o semanas de gestación determinadas por Capurro	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\leq 12</math> semanas</li> <li>2. 12 a 20.6 semanas</li> <li>3. 21 a 26.6 semanas</li> <li>4. 27 a 36.6 semanas</li> <li>5. 37 a 41.6 semanas</li> <li>6. 42 y más semanas</li> <li>7. No Aplica</li> </ol>

<b>Hemorragia obstétrica</b>	<b>Emergencia médica que debe ser manejada de acuerdo a la normativa del MSP.</b>	Acciones registradas en la historia clínica según normativa del ministerio	<p><b>Acciones inmediatas realizadas en la hemorragia obstétrica</b>          Si está Embarazada determinar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad gestacional</li> <li>2. Tensión Arterial</li> <li>3. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna</li> <li>4. Valorar el sangrado vaginal y sus características</li> <li>5. Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (si edad gestacional es igual o mayor a 20 semanas)</li> </ol> <p><b>Manejo clínico inicial en el servicio de emergencia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Valoración inmediata por médico, máximo en 15 minutos después del ingreso.</li> <li>7. Administración de SS 0.9% / Lactato Ringer (Canalizando 2 vías si es necesario).</li> <li>8. En caso de</li> </ol>	Cumplimiento de la acción o ítems con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la unidad de salud <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> <li>3. No aplica</li> </ol>
------------------------------	---	--	--	--

			<p>Shock, estabilizar a la paciente.</p> <p>9. En caso de hemorragia postparto, administración de uterotónicos: oxitocina</p>	
			<p><b>Manejo clínico de la paciente hospitalizada con hemorragia obstétrica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>determinar al menos tres veces al día.</b></li></ul> <p>10. Tensión arterial</p> <p>11. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna</p> <p>12. Valoración de sangrado vaginal sus características</p> <p>13. Ingesta / Excreta</p> <p>14. Tratamiento farmacológico</p> <p>15. Administración de útero- tónicos: oxitocina</p> <p>Transfusión</p> <p>16. Paquete globular en HB &lt;7g/dl, plasma (TP, TTP 1.5v/Normal y plaquetas (&lt;20.000 a</p>	



			<p>50000 según el caso)</p> <p><b>Realización de exámenes de laboratorio:</b></p> <p>17. Hemoglobina (Hb) y/o hematocrito (Hto).</p> <p>18. Coagulación. Tp (tiempo de protrombina).</p> <p>19. Coagulación: TTP (tiempo de tromboplastina parcial).</p> <p>20. Coagulación: contaje de plaquetas</p>	
			<p><b>Manejo quirúrgico de acuerdo a causa</b></p> <p>21. AMEU;</p> <p>22. Curetaje.</p> <p>23. Revisión de cavidad uterina (aborto complicado, retención de placenta o restos corioplacentarios).</p> <p>24. Cesárea por (placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta,</p>	





			<p>ruptura uterina, atonía uterina).</p> <p>25. Cesárea más otro procedimiento por (placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta, ruptura uterina, atonía uterina).</p> <p>26. Histerectomía (placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta, ruptura uterina, atonía uterina).</p> <p>Laparotomía (embarazo ectópico, atonía uterina).</p> <p>27. Reparación o sutura (desgarro cervical o canal vaginal)</p>	
--	--	--	--	--

## ANEXO IV



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON  
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, DE  
ENERO A DICIEMBRE DE 2018, CUENCA 2019.

**FORMULARIO PARA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Numero de historia clínica	Numero de formulario	
<i>Edad</i>	<b>Gestas</b>	
<i>Estado civil</i>	<b>Partos</b>	
<i>Residencia</i>	<b>Abortos</b>	
<i>Instrucción</i>	<b>Cesáreas</b>	
	<b>Embarazo ectópico</b>	
Manejo clínico inicial en hospital básico (Cantonal) o en emergencia/consulta externa del hospital general de las hemorragias obstétricas		
<b>1. Si está Embarazada determinar: Edad gestacional</b>		
¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la unidad de salud? + si cumple y - si no cumple	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
<i>Determinar al menos una vez</i>		



<b>2. Tensión Arterial</b>		
<b>3. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna</b>		
<b>4. Valorar el sangrado vaginal y sus características</b>		
<b>5. Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (si edad gestacional es igual o mayor a 20 semanas)</b>		
<b>MANEJO EN EMERGENCIA</b>		
<b>6. Valoración inmediata por médico( NO INTERNO ROTATIVO) máximo en 15 minutos después del ingreso</b>		
<b>7. Administración de SS 0.9% / Lactato Ringer (Canalizando 2 vías si es necesario).</b>		
<b>8. En caso de Shock, estabilizar a la paciente</b>		
<b>9. En caso de hemorragia postparto, administración de uterotónicos: oxitocina</b>		
<i>Manejo clínico y de laboratorio de la paciente hospitalizada con hemorragia obstétrica</i>		
Determinar al menos tres veces al día		



<b>10. Tensión arterial</b>		
<b>11. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna</b>		
<b>12. Valoración de sangrado vaginal sus características</b>		
<b>13. Ingesta / Excreta</b>		
<b>Manejo farmacológico</b>		
<b>14. Administración de útero-tónicos:</b>		
<b>Transfusión</b>		
<b>15. Paquete globular en HB &lt;7g/dl, plasma (TP, TTP 1.5v/Normal y plaquetas (&lt;20.000 a 50000 según el caso)</b>		
<b>Realización de exámenes de laboratorio</b>		
<b>16. Hemoglobina (Hb) y/o hematocrito (Hto)</b>		
<b>17. Coagulación. Tp (tiempo de protrombina)</b>		
<b>18. Coagulación: TTP (tiempo de tromboplastina parcial)</b>		
<b>19. Coagulación: contaje de plaquetas</b>		
<b>Manejo terapéutico quirúrgico según diagnóstico</b>		
<b>20. AMEU;</b>		



<b>21. Curetaje,</b>		
<b>22. Revisión de cavidad uterina (aborto complicado, retención de placenta o restos corioplacentarios)</b>		
<b>23. Cesárea por (placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, ruptura uterina, atonía uterina)</b>		
<b>24. Cesárea más técnica de B-Lynch, desarterización de vasos uterinos por (placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, ruptura uterina, atonía uterina)</b>		
<b>25. Histerectomía por (placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, ruptura uterina, atonía uterina)</b>		
<b>26. Laparotomía (embarazo ectópico, atonía uterina)</b>		
<b>27. Reparación o sutura (desgarro cervical o canal vaginal)</b>		



ANEXO V

