



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional  
*El Pueblo, Presidente!*

MINISTERIO DE SALUD

Texto de Capacitación Materno-Infantil

# Hemorragia Postparto

# IV



Agencia de Cooperación  
Internacional del Japón

Marzo, 2019







# Presentación

---

Este módulo fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil que se formó en los SILAIS Chontales y Zelaya Central basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), con el fin de ser utilizado en las capacitaciones sobre Salud Materno Infantil.

Para elaborar los Textos de capacitación se tomó en consideración la “Política Nacional de Salud de Nicaragua”, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (en adelante MOSAFC), las normas de atención, los resultados de los talleres de análisis de problemas realizados en diferentes municipios y hospitales primarios y las experiencias de otros proyectos de JICA, se diseñó el programa de capacitación de Salud Materno Infantil basado en el concepto de Atención Continua y las Normativas del MINSA. Los Textos de capacitación elaborados en cinco temas prioritarios de Salud Materno Infantil, son “I Censo Gerencial”, “II Actividades Básicas durante la Atención Prenatal”, “III Síndrome Hipertensivo Gestacional”, “IV Hemorragia Post-parto”, “V Atención Integral a la Niñez”.

Está destinada a las Licenciados/as Enfermeros/as General, Auxiliares en Enfermería, Auxiliar MOSAFC, Escuela Formadora de Auxiliares (MOSAFC) Médico General, Médico Servicio Social, como material de consulta durante las jornadas de trabajo, constituyéndose así en un instrumento para mejorar la calidad y calidez de atención en los servicios de salud.

Fue elaborada en forma sencilla, concreta, con ilustraciones apropiadas que faciliten su comprensión y aplicación.

Esperamos que sea de utilidad para los participantes de la capacitación, a fin de ofrecer una atención de calidad al niño-niña y madre contribuyendo de esta manera al mejoramiento de la Salud Materno Infantil en el marco del MOSAFC.

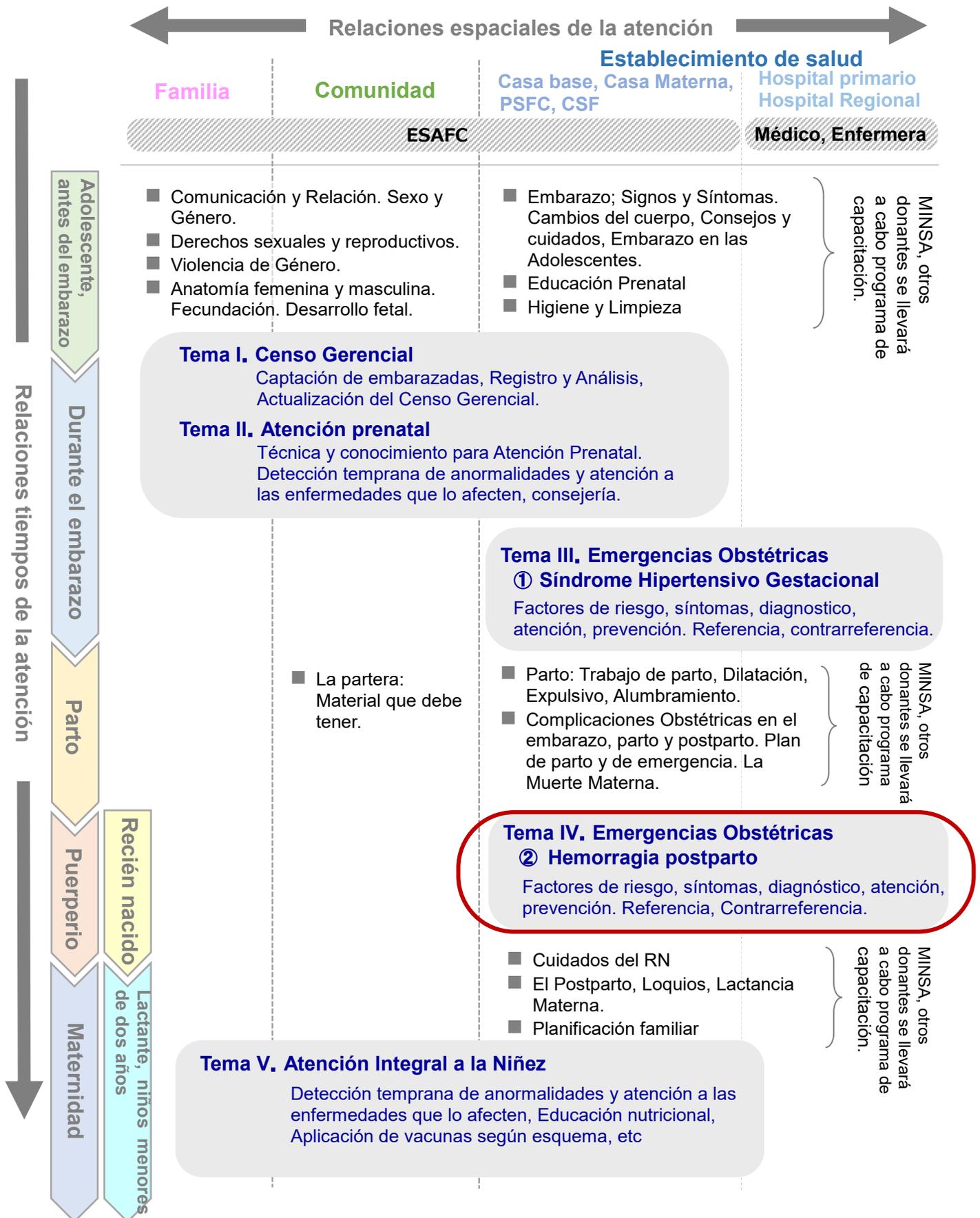
---

A continuación, se muestra un esquema sobre el “**Programa de capacitación**” que explica los temas de capacitación de Salud Materno - Infantil basado en el concepto de la atención continua por ciclo de vida de las mujeres y las Normativas del Ministerio de Salud.

---



# Programa de capacitación en Salud Materno Infantil basado en el concepto de atención continua y las Normativas del MINSA ( Tema I - V )



# Índice

---

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Acrónimos</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Hemorragia Postparto</b> .....	<b>3</b>
■ Definición .....	3
<b>2. Causas de Hemorragia postparto</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Diagnóstico</b> .....	<b>5</b>
3.1 Manifestaciones Clínicas .....	5
3.2 Pruebas de laboratorio .....	6
3.3 Clasificación .....	7
<b>4. Procedimiento y Tratamiento</b> .....	<b>7</b>
4.1 Primer nivel de atención .....	7
4.2 Segundo nivel de atención .....	11
4.3 Complicaciones .....	12
4.4 Definición de roles por nivel de atención .....	13
<b>5. Educación, Promoción y Prevención</b> .....	<b>14</b>
<b>6. Anexos</b> .....	<b>15</b>

# IV. Hemorragia Postparto

---

## Introducción

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

Actualmente en Latinoamérica, la hemorragia postparto, constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica con un 27%, seguido de la enfermedad hipertensiva 14% en el embarazo<sup>1</sup>. Las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

La mayoría de las muertes causadas por hemorragia de origen obstétrico, ocurren durante las primeras 24 horas después del parto y pueden ser tan graves, que el desenlace fatal puede ocurrir en las primeras horas de iniciado el evento.

La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, la respuesta de la paciente a las pérdidas sanguíneas depende del estado físico previo al parto, la velocidad y cantidad de sangre perdida.

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

El presente capítulo se divide en dos partes, la primera en la que se abordan aspectos conceptuales, de clasificación, etiología y tratamiento desde el punto de vista médico y en la segunda parte, ubicada en los anexos, en que se agrupan algunas maniobras respaldadas por evidencia que salvan vida, técnicas quirúrgicas de control de la hemorragia y pautas preventivas y terapéuticas de este tipo de complicaciones.

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 253)*

# Acrónimos

---

ABCDE	.....	Vía Aérea, Respiración, Circulación, Nivel de Conciencia, Temperatura
BHC	.....	Biometría Hemática Completo
DPPNI	.....	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta
DT	.....	Toxoide Diftérico
HCP	.....	Historia Clínica Perinatal
HPP	.....	Hemorragia Post-Parto
IM	.....	Intramuscular
IV	.....	Intravenoso
JICA	.....	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
KG	.....	Kilogramos
MATEP	.....	Manejo Activo del Tercer Período del Parto
MINSA	.....	Ministerio de Salud
MOSAFC	.....	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
NA	.....	No Aplica
OMS	.....	OMS
PA	.....	Presión Arterial
PAM	.....	Presión Arterial Media
PFC	.....	Plasma Fresco Congelado
PTM	.....	Protocolo de Transfusión Masiva
SILAIS	.....	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SSN	.....	Solución Salina Normal
TA	.....	Tensión Arterial
TP	.....	Tiempo de Protrombina I
TPT	.....	Tiempo de Tromboplastina
UI	.....	Unidades Internacionales

# 1. Hemorragia Postparto

---

## ■ Definición

- 1) Pérdida sanguínea mayor de 1,000 ml independiente de la vía de finalización del embarazo.
- 2) Descenso del hematocrito mayor o igual al 10%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología.
- 3) Pérdida sanguínea que ocasione sintomatología en la paciente (mareo, síncope) o signos de choque (taquicardia, hipotensión, oliguria, alteración del estado de alerta) independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea durante el parto o la cesárea.

Existen cambios fisiológicos del embarazo que podrían enmascarar el cuadro hemorrágico, mismos que deberán ser considerados por las personas a cargo del parto a fin de no subestimar las pérdidas hemáticas y vigilar adecuadamente a la paciente en su puerperio. Estos son:

- (1) Volumen sanguíneo incrementa un 40-45%, siendo máximo este incremento entre las 32 a 34 semanas de gestación.
- (2) Este incremento de volumen se da a expensas del volumen plasmático (75%) y de la masa eritrocitaria (25%) dando como resultado una anemia dilucional:
  - a. Disminución del hematocrito del 40-42% en la no gestante hasta el 34 % en la gestante.
  - b. Disminución de la hemoglobina de 13.7-14 g/100 ml en la no gestante hasta 11-12 g/100 ml en la gestante.
- (3) El gasto cardíaco aumenta a expensas de un aumento de 10 a 15 latidos por minuto de la frecuencia cardíaca y una disminución de la resistencia vascular periférica.

Por tanto, existen pacientes que presentan pérdidas hemáticas considerables y no muestran datos clínicos evidentes de hipotensión o alteración del sensorio por los mecanismos compensatorios antes descritos, sin embargo, podrían presentar manifestaciones de pre choque y no ser

detectadas por el equipo de salud a cargo de la paciente.

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 253-254)*

## 2. Causas de Hemorragia postparto

Existen diversas causas de hemorragia postparto, establecer el origen, es el principal pilar en el manejo, ya que éste determinará la maniobra terapéutica a realizar a fin de detener el sangrado. En la tabla No 1, se enumeran las posibles causas mundialmente conocidas como las "4T" (Tono, Trauma, Tejido, Trombina), con los factores de riesgo de cada una de ellas.

Tabla No 1: **CAUSAS DE HEMORRAGIA POST PARTO**

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

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 254-255)*

# 3. Diagnóstico

## 3.1 Manifestaciones Clínicas

Tabla No 2: **Manifestaciones clínicas durante hemorragia de origen obstétrico**

Manifestaciones iniciales, signos y síntomas típicos	Signos y síntomas menos frecuentes.	Diagnóstico probable
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragia postparto inmediata</li> <li>▪ <b>Útero blando y no retraído</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taquicardia</li> <li>▪ Hipotensión</li> </ul>	Atonía uterina
Hemorragia postparto inmediata	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placenta íntegra</li> <li>▪ <b>Útero contraído</b></li> </ul>	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal</li> <li>▪ Dolor intenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inversión uterina visible en la vulva</li> <li>▪ Hemorragia postparto inmediata</li> </ul>	Inversión uterina
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura).</li> <li>▪ Hemorragia postparto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abdomen doloroso: Shock</li> <li>▪ Taquicardia</li> <li>▪ No se expulsa la placenta</li> </ul>	Ruptura uterina
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo.	<b>Útero contraído</b>	Retención de placenta
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragia postparto inmediata</li> <li>▪ <b>Útero contraído</b></li> </ul>	Retención de restos placentarios

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto.</li> <li>▪ <b>Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular)</li> <li>▪ Anemia</li> </ul>	<p>Retención de restos placentarios</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangrado no cede a medidas anteriores</li> <li>▪ Sangrado en sitios de punción</li> <li>▪ No formación de coágulos sanguíneos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prueba de coagulación junto a la cama (ver anexo final N°2) Fibrinógeno &lt;100 mg/dl</li> <li>▪ Plaquetas disminuidas</li> <li>▪ TP y TPT prolongados</li> </ul>	<p>Alteraciones de la coagulación</p>

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 256-257)*

### 3.2 Pruebas de laboratorio

- BHC y Recuentos de Plaquetas.
- Tipo y RH.
- Tiempo de Sangría.
- Pruebas de coagulación (TP; TPT; fibrinógeno).
- Albúmina.
- Glucemia, Urea, Creatinina, Ácido úrico.
- Pruebas hepáticas: transaminasas pirúvicas, oxalacética, bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Gasometría (Lactato en sangre, exceso de base, bicarbonato).
- Electrolitos séricos

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 258)*

### 3.3 Clasificación

- 1) Hemorragia temprana: es la que se presenta durante las primeras 24 horas del período posparto, generalmente en las dos primeras horas, es la más frecuente y grave.
- 2) Hemorragia tardía: ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre el 5 y 10% de los parto. Generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios por lo que se deberá manejar como endometritis por restos placentarios. (Ver Normativa 109, Capítulo de Infección Puerperal)

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 258 y 267)*

## 4. Procedimiento y Tratamiento

---

En todos los establecimientos de salud del país donde se garantiza atención del parto, el personal de salud de cara a la atención obstétrica, debe estar entrenado en la detección, manejo oportuno, estabilización y referencia adecuada de las pacientes con hemorragia postparto (Ver Anexo No 1 y 9).

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

Este segundo grupo será sujeto a mayor riesgo de morbi-mortalidad asociada a la hemorragia.

### 4.1 Primer nivel de atención

- 1) Durante el Parto

**Prevención de la hemorragia post parto:** de cumplimiento obligatorio el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP). (Ver Anexo No 2).

## 2) Durante Post-Parto

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

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

Los Objetivos de la activación del **Código Rojo** son:

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

(2) Detectar oportunamente los datos de choque hemorrágico  
Desde el punto de vista clínico, cuando el choque se detecta clínicamente, se expresa por:

- ① **Hipotensión arterial** con TA sistólica menor de 90 mmHg, presión arterial media (PAM) menor de 65 mmHg.
- ② **Taquicardia**, pulso débil.
- ③ **Signos de hipoperfusión tisular:** oliguria, deterioro del estado de la conciencia
- ④ **Signos cutáneos:** palidez, sudoración, hipotermia distal, relleno capilar lento.

**El índice de Choque** (es la integración entre 2 variables fisiológicas: **Frecuencia cardiaca / presión arterial sistólica**) es un parámetro clínico de relevancia en la actualidad. Su utilidad va más allá de la detección temprana de choque, ya que se ha mostrado útil para predecir la mortalidad en las primeras 24 horas.

También se asocia a mayor posibilidad de requerir transfusión de hemoderivados cuando su valor es superior a 0.9.

Se debe establecer en el expediente clínico de las pacientes este parámetro y utilizarse para la toma de decisiones junto a otros parámetros clínicos de utilidad.

En caso de detectarse datos de choque de origen hemorrágico, tratar como tal. (Ver Normativa 109, capítulo de Choque hemorrágico de origen obstétrico).

### (3) **Garantizar accesos venosos y administración de fluidoterapia**

- ① Canalizar con bránula 14 (garantiza 330 ml por minuto) o una 16 (garantiza 210 ml por minuto), doble vía, en el mismo miembro.
- ② Pasar 1000cc de soluciones isotónicas: Hartman de preferencia a 39°C o en su ausencia solución salina normal al 0.9% de inicio y seguir en bolos de 500cc.
- ③ Tomar signos vitales cada 15 minutos hasta lograr las metas.

#### **Objetivos terapéuticos de la Fluidoterapia**

- Presión arterial sistólica entre 80 y 90 mmHg
- Presión arterial media por arriba de 65 mmHg **cuando se haya controlado la fuente de sangrado.**
- Frecuencia Cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto.
- Diuresis superior a 0.5 kg/h
- Lactato menor de 2.

### (4) Identificar y tratar los posibles diagnósticos diferenciales

Existe un algoritmo que incluye las 4 T', según las probabilidades diagnósticas más frecuente que se presentan en este periodo del parto, se recomienda identificar y tratar de acuerdo a la etiología:

## ■ ATONÍA UTERINA:

### a. Uso de Uterotónicos.

- Oxitocina: 40 unidades en 500 cc de Lactato de Ringer a 125 cc /hora o 42 gts por minuto. Dosis máxima: No más de 3 litros de líquidos IV que contengan Oxitocina.
- Metilergonovina 1 amp IM (0.2mg) en el momento, se puede poner otra a los 15 minutos y luego cada 4 horas máximo 5 dosis (1 mg). (No utilizar en pacientes con estados hipertensivos).
- Misoprostol 800mcg sublingual en el momento. (En caso de que el estado neurológico de la paciente este alterado podrá usarse vía rectal).

### b. Masaje uterino.

## ■ TRAUMA (Desgarros del canal del parto, ruptura uterina)

a. Sutura. (Ver Anexo No 5 y No 6)

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

## ■ INVERSIÓN UTERINA

a. En caso de inversión uterina la **restitución debe hacerse de inmediato**, bajo sedación con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Jhonson). (Ver Anexo No 8)

b. Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica.

## ■ TEJIDO

### a. Restos placentarios

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

b. **Retención placentaria:** No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo.

- ① Administrar Oxitocina adicional (10 UI) IV diluida, en 30 segundos en combinación con tracción controlada del cordón umbilical.

- ② Si no se expulsa valoración para descartar engatillamiento o acretismo placentario y realizar traslado al segundo nivel.
- ③ En caso de no existir anillo retención realizar extracción manual de placenta si se logra encontrar plano declive. (Ver Anexo No 7)

#### ■ TROMBINA

Determinar la causa de la discrasia sanguínea, administrar fármacos o hemoderivados necesarios para corregir el trastorno de la coagulación asociado.

#### (5) Evitar la hipotermia

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

#### (6) En caso de no parar el sangrado de manera efectiva hacer uso de:

- Traje antichoque, no quitar hasta que la paciente este fuera de peligro. (Ver Anexo No 3)
- Poner balón de Bakri o taponamiento en establecimiento de salud donde esté disponible.
- Realizar maniobras que salvan vida:
  - Compresión bimanual. (Ver Anexo No 4)
  - Compresión aórtica. (Ver Anexo No 4)
- Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución. Según normativa 068.

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 258-262)*

## 4.2 Segundo nivel de atención

Se debe valorar el cumplimiento del manejo inicial en el primer nivel de atención, detallado anteriormente según Normativa-109 para continuar con el manejo del segundo nivel de atención.

Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:

- (1) Activación del código rojo en la unidad que recibe el traslado.
- (2) Diagnosticar tempranamente y clasificar el choque hipovolémico.
  
- (3) Establezca el índice de Choque.
- (4) Si la paciente tiene datos de choque hemorrágico, manejar como tal. (Ver capítulo de Choque Hemorrágico)
- (5) Garantizar la toma y evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio.
- (6) Seguir con la infusión de cristaloides.
- (7) Control de la causa de hemorragia lo más rápidamente posible de acuerdo a la causa, utilizar las 4 "Ts"

*Para mayores detalles Ver: Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 262-267.*

### **4.3 Complicaciones**

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

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 267-268)*

#### 4.4 Definición de roles por nivel de atención

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

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

##### ■ Criterio de alta

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

**El personal de salud en la atención primaria debe realizar la valoración del cumplimiento de los criterios de altas del segundo nivel de atención al momento del egreso de la paciente para garantizar el seguimiento adecuado de la patología.**

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 268)*

## 5. Educación, Promoción y Prevención

---

### ■ Control y seguimiento

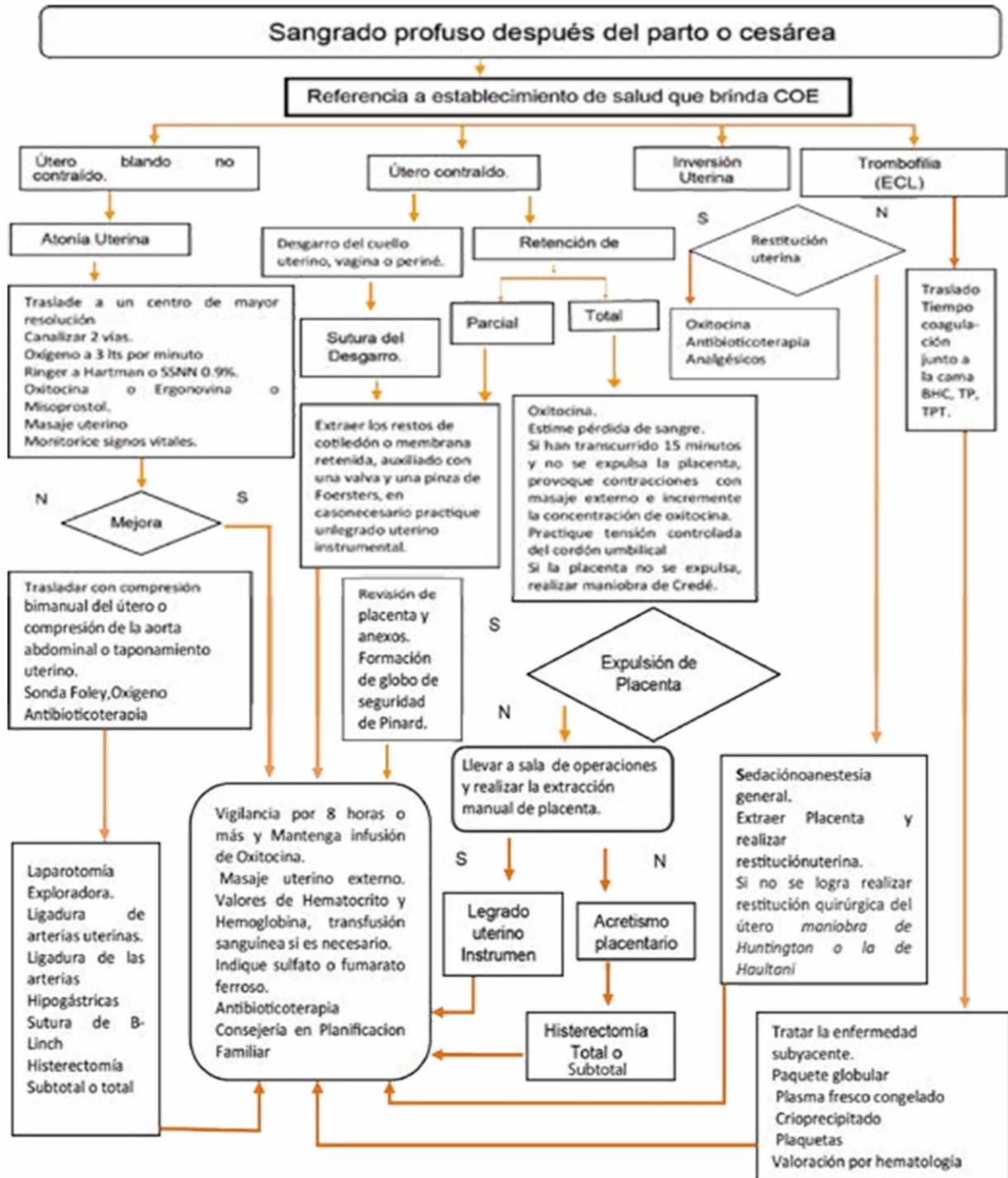
- Garantizar consejería y acceso a métodos de planificación familiar, incluyendo esterilización quirúrgica.
- Consejería y oferta de método de planificación familiar.
- Consejería sobre lactancia materna.
- Dieta adecuada a sus requerimientos.
- Retiro de puntos y continuidad del tratamiento.
- Administre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

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 268)*

## 6. Anexos

---

- Anexo N° 1 Flujograma de atención hemorragia post parto
- Anexo N° 2 Manejo Activo del Tercer Período del Parto
- Anexo N° 3 Traje antifichoque no neumático
- Anexo N° 4 Maniobras para el control del sangrado uterino que salvan vidas
- Anexo N° 5 Reparación de los Desgarros del Cuello Uterino
- Anexo N° 6 Reparación de los desgarros vaginales y perineales
- Anexo N° 7 Extracción Manual de la placenta
- Anexo N° 8 Corrección de la Inversión Uterina
- Anexo N° 9 Lista de Chequeo para el manejo de las complicaciones Obstétricas



(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 270-271)

El manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) inicia a partir de la expulsión del feto y termina cuando la placenta y las membranas fetales se encuentran fuera de la cavidad uterina, momento de vital importancia para la prevención de la HPP.

1. Administración de uterotónicos inmediatamente al nacimiento del bebé, **habiendo descartado la presencia de otro bebé** y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente oxitocina para inducto-conducción.
  - Oxitocina 10 UI IM en el parto vaginal es la primera elección.
  - En la cesárea oxitocina 10 UI IV pasar en 30 segundos
  - En el post-operatorio se dejará 10 UI de oxitocina en 1000 cc d SSNN 0.9% pasar en 8 horas.
2. Pinzamiento **TARDÍO** del cordón.
  - Pinzamiento TARDIO del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (1 a 3 minutos).
  - Pinzamiento temprano del cordón umbilical (<1 minuto después del parto), solo que el neonato presente asfixia y deba ser trasladado de inmediato para reanimación.
3. Tensión controlada del cordón umbilical.
  - Aproveche la contracción uterina con contratracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 272)*

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

**INSTALACIÓN** (Ver Foto 1 y 2)

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



Foto 1



Foto 2

### **CRITERIOS PARA RETIRO DEL TAN**

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

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 294-295)*

### Maniobras para el control del sangrado uterino que salvan vidas

#### A. Compresión Bimanual del Útero (Ver Figura 1)

##### PREPARACION DEL PERSONAL

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

##### ACTIVIDADES PREVIAS

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

##### PRECAUCIONES

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

##### PROCEDIMIENTO INICIAL

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

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

#### COMPRESION BIMANUAL DEL UTERO

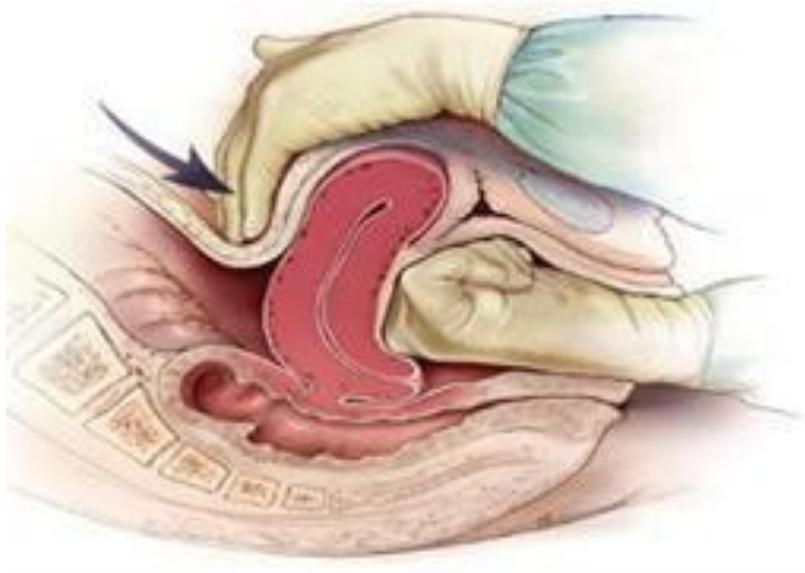


Figura 1  
Compresión bimanual del utero

#### B. COMPRESION DE LA AORTA ABDOMINAL

- **Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre** la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal (Ver Figura 2).
- El punto a comprimir queda por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
- Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato.

- Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.
- Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada.
- Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado.
- Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas.

Figura 2

**COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL  
Y PALPACIÓN DEL PULSO FEMORAL  
A2**



*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 273-276)*

- Inicie una infusión IV (dos vías si la mujer está en choque hemorrágico) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución Salina Normal o Lactato de Ringer) a una
- velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino.
- Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello
- uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos. Realice el procedimiento bajo anestesia o sedación.
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de ojo.
- Aplique las pinzas en ambos lados del desgarro y hale suavemente en
- diversas direcciones con objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Puede haber varios desgarros.
- Cierre los desgarros del cuello uterino con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarro), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado (Figura 3).
- Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada, refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre.
- Luego:
  - Después de 4 horas, abra las pinzas parcialmente pero no las retire.
  - Después de 4 horas más, retire por completo las pinzas
  - Para reparar un desgarro del cuello uterino que ha penetrado más allá de

la bóveda o cúpula vaginal puede ser necesario realizar una laparotomía.

Figura 3



*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 275-277)*

- Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:
- Los desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo.
- Los desgarros de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes.
- Los desgarros de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal.
- Los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal.

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

### REPARACIÓN DE LOS DESGARROS DE PRIMERO Y SEGUNDO GRADO

- La mayoría desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.
- Brinde apoyo emocional y aliento.
- Use infiltración local con lidocaína. Si fuera necesario, use bloqueo pudendo.
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino,
- Examine cuidadosamente la vagina, el perineo y cuello uterino (Figura 4).
- Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo inspeccione para asegurarse de que no exista ningún desgarro de tercer o cuarto grado.
- Coloque un dedo enguantado en el ano.
- Levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter.
- Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter.
- Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- Si el esfínter no está lesionado, proceda con la reparación. Para la reparación, agregue adrenalina a la solución.

Figura 4  
Exposición del desgarro vaginal

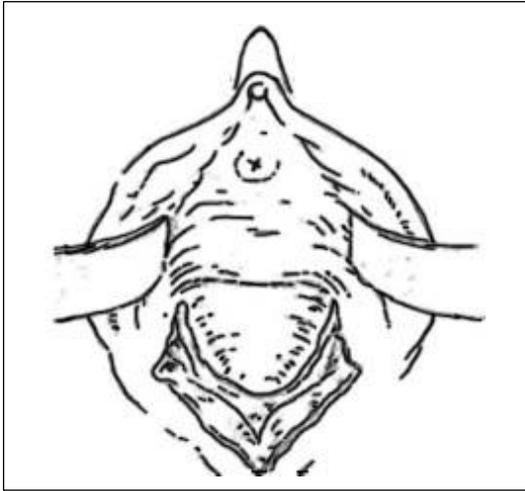
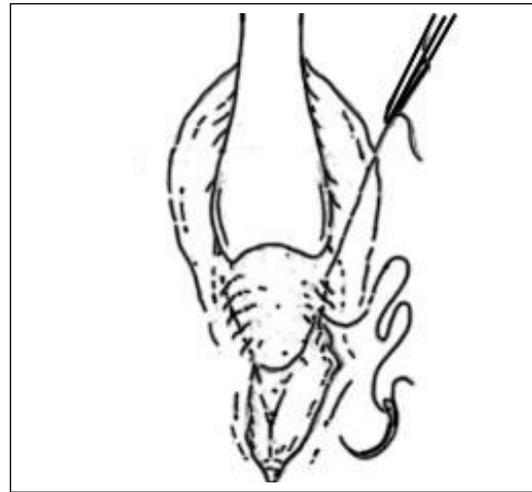


Figura 5  
Sutura del desgarro vaginal



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

**Nota:** Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de lidocaína para la reparación, agregue adrenalina a la solución.

- Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.

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

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

- Comience la reparación cerca de 1 cm. por encima del ápice (parte superior) del desgarro vaginal.
- Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal;
- En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal;
- Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través del desgarro perineal y anude a través del desgarro perineal y anude
- Repare los músculos perineales utilizando suturas con puntos separados 2-0 (Figura 6). Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
- Repare la piel utilizando puntos separados (o subcuticulares) 2-0, comenzando en la abertura vaginal (Figura 7).

Figura 6

Reparación de los músculos perineales

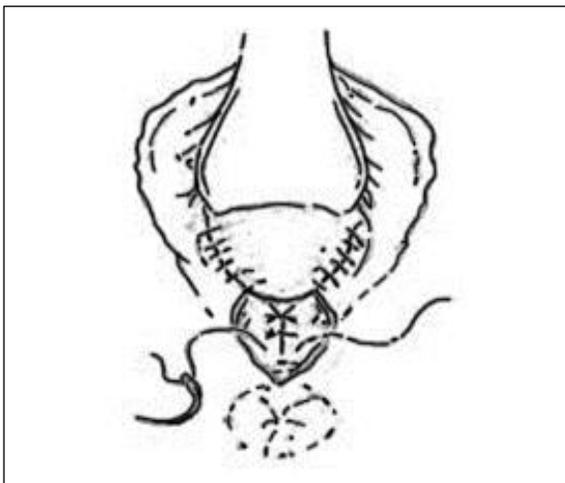
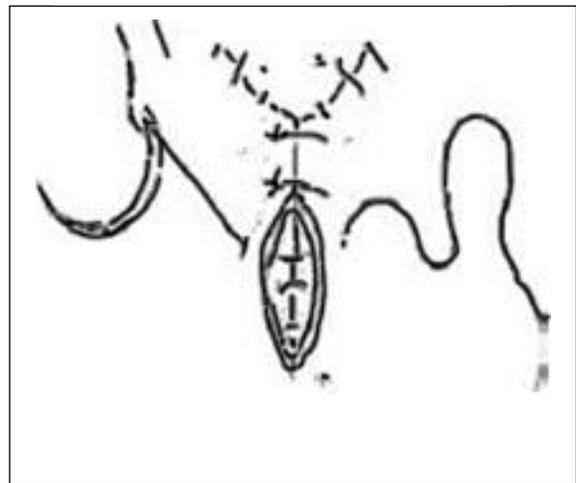


Figura 7

Reparación de la piel



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

### REPARACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES DE TERCERO Y CUARTO GRADO

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

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

**Nota:** aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína.

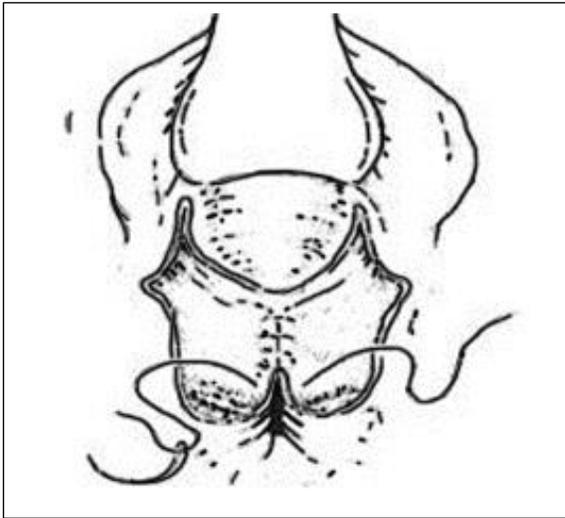
- Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.
- Coloque el anestésico tempranamente para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.
- Repare el recto utilizando suturas separadas 3-0 ó 4-0 con una separación

de 0.5 cm. entre ellas para Juntar la mucosa (Figura 8).

- Recuerde: Suture a través del músculo (no a través de la mucosa).
- Cubra la capa muscular juntando la capa de la aponeurosis con suturas interrumpidas.
- Aplique una solución antiséptica al área con frecuencia.

Figura 8

Cierre de la pared muscular del recto



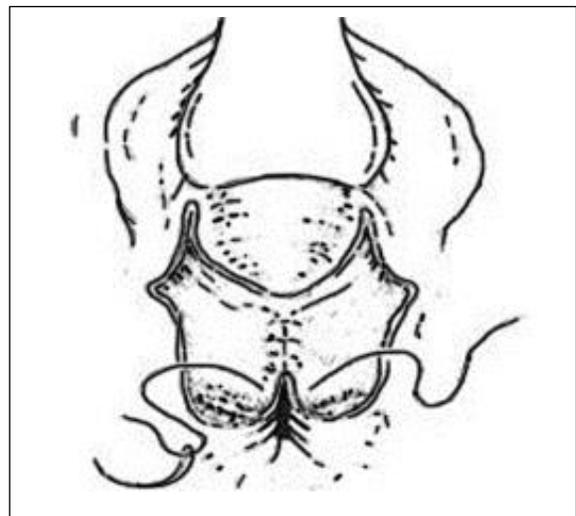
### **ESFÍNTER ESTÁ DESGARRADO:**

- Sujete cada extremo del esfínter con una pinza de Allis (el esfínter se retrae cuando está desgarrado). El esfínter es resistente y no se va a desgarrar al hacer tracción con la pinza (Figura 9).
- Repare el esfínter con dos o tres puntos separados con catgut 0 o Vicryl 0.

Aplique nuevamente una solución antiséptica al área.

Figura 9

Sutura del esfínter anal



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

### **ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO**

- Si hay un desgarro de cuarto grado, administre una dosis única de antibióticos profilácticos:
  - Ampicilina 500 mg vía oral más Metronidazol 500 mg vía oral.
  - Dieta líquida y blanda.
  - Haga seguimiento estrecho para detectar signos de infección de la herida.
  - Evite la administración de enemas y los exámenes rectales durante 2 semanas.
  - Administre un ablandador de heces vía oral durante 1 semana, si fuera posible.
  - Un desgarro perineal siempre está contaminado con materia fecal.
  - Si el cierre se retrasa más de 12 horas, la infección es inevitable.
  - En estos casos se indica un cierre primario retardado.
  - En el caso de desgarros de primero y segundo grado, deje la herida abierta.
  - En el caso de desgarros de tercero y cuarto grado, cierre la mucosa rectal junto con algún tejido de sostén y aproxime la aponeurosis del esfínter anal con 2 ó 3 suturas.

Cierre el músculo, la mucosa vaginal y la piel perineal 6 días más tarde previa resección y reactivación de los bordes.

Si observa hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida.

Si hay signos de infección, abra y drene la herida.

Retire las suturas infectadas y desbride la herida:

- ✓ Si la infección es leve, no se requiere antibióticos.
- ✓ Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos:

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

Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:

- Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 3-5 días.
- Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 3-5 días.

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

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

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 277-284)*

**DEFINICIÓN**

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

**CONTRAINDICACIONES**

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

**COMPLICACIONES**

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

- Inversión uterina:

**CONDICIONES PARA EL PROCEDIMIENTO**

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

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

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

**ELEMENTOS CLAVES PARA EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA**

- Canalizar con bránula número 14 o 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámica- mente (soluciones o sangre).
- Administrar Oxitocina.
- Tome muestra de sangre (Hematocrito y Hemoglobina) y prepare para

- hacer pruebas cruzadas y trasfunder sangre total si es necesario.
- Brinde apoyo emocional y aliento.
- Si tiene condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no hacer sedación con 10 mg de Diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar IV lento.

### ANALGESIA

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

### ANTIBIOTICOS

Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.

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

### PROCEDIMIENTO

- Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina (Ver Figura 10).

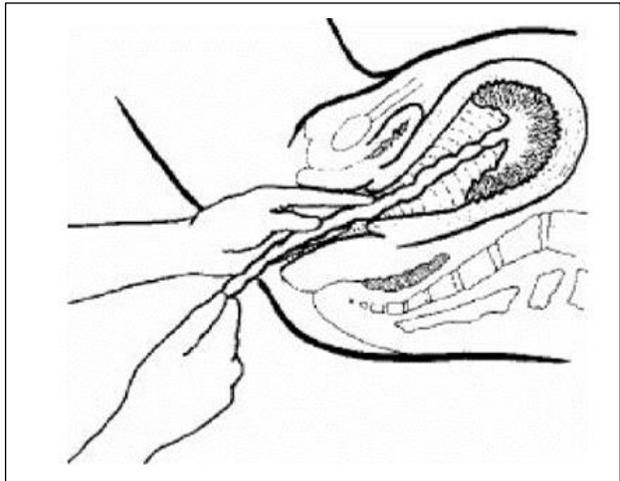


Figura 10  
Introducción de una Mano en la vagina a lo largo del cordón umbilical

- Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer

una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina (Ver Figura 11).

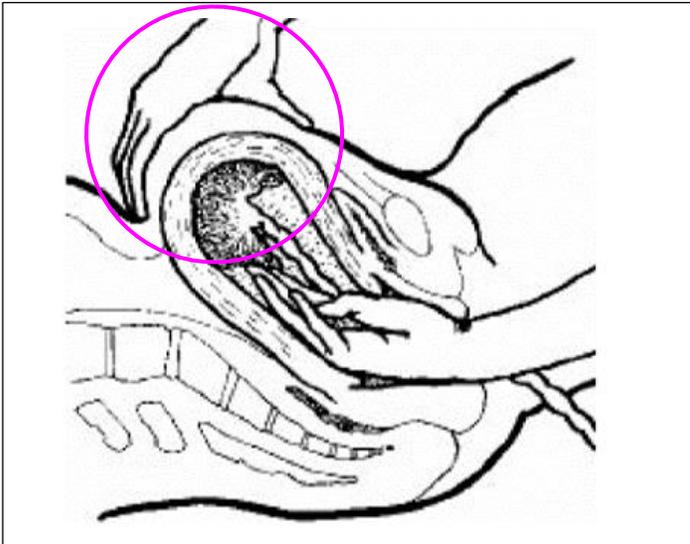


Figura 11  
Se sostiene el fondo del útero mientras se desprende la placenta

**Nota:** Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición normal.

- Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y la pared uterina.

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

- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.

- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta (Ver Figura 12).
- Con la otra mano, continúe aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.

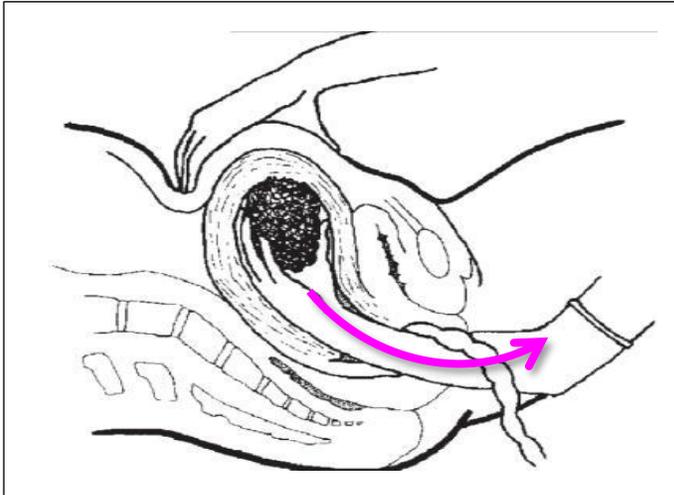


Figura 12  
Retiro de la mano del útero

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

## PROBLEMAS

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

## **ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO**

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

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 284-288)*

La corrección de este problema debe realizarse de inmediato, caso contrario se corre el riesgo de que el anillo de constricción del útero se torne más rígido y el útero aumente de volumen con más sangre.

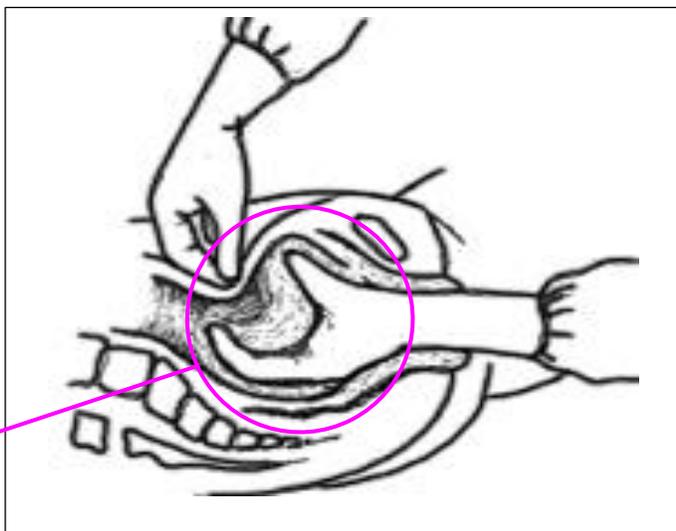
- No administre oxitócicos antes de corregir la inversión.
- Si el sangrado continúa, evalúe el estado de la coagulación.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión.
- Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.
- Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500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

### **CORRECCIÓN MANUAL**

- Bajo asepsia y antisepsia, primero retire la placenta y membranas.
- Provisto de guantes estériles, introduzca la mano dentro de la vagina sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal, colocando la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero. Otra forma es con el puño cerrado, empujar la parte invertida del útero a través del cuello a fin de volverlo a su posición normal (Figura 13).

- Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.

Figura 13  
Reposición Manual de la  
Inversión Uterina MANIOBRA DE  
JOHNSON



Mano que sostiene el útero.

Si no se logra la corrección, proceda a la corrección manual bajo anestesia general. jo anestesia general.

- Si la corrección hidrostática no da resultado, intente volver el útero a su posición manualmente bajo sedación o anestesia general y/o regional con el propósito de lograr la relajación del útero.
- Sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal.
- Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.

Si a pesar de las medidas anteriores no se logra el resultado esperado, puede ser necesaria la corrección Abdomino-vaginal bajo anestesia general:

- Abra el abdomen, realizando una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (Fascia).
- Realice una incisión vertical de 2-3 cm. en la aponeurosis.
- Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos.
- Realice apertura del peritoneo cerca del ombligo. Prolongue la incisión

hacia arriba y hacia abajo. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.

- Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.

Realice las siguientes maniobras:

- Huntington: tracción exagerada de los ligamentos redondos.
  - Ocejo: incisión anterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.
  - Haultain: incisión posterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.
- Si la corrección da resultado, cierre el abdomen, asegurándose de que no haya sangrado, cierre la aponeurosis con sutura continua utilizando catgut crómico o ácido poliglicólico (Vicryl).

No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal.

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

fiebre por 48 horas

- Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas.
- Gentamicina 5 mg/ k de peso IV cada 24 horas (160 mg IV diario).
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. Administre analgésicos.

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 288-291)*

**HEMORRAGIA POST PARTO Basado en Manual IMPAC de OMS WHO/RHR/00.7.**

A continuación, se mencionan una serie de indicaciones de cumplimiento obligatorio para el manejo de las complicaciones obstétricas, cada una de ellas deberá de consignarse en el expediente clínico durante el proceso de atención. En la realización de auditoría del expediente clínico, se utilizará esta lista de chequeo. Cada columna corresponde a un expediente clínico evaluado.

En cada casilla se marcará: 1 si se registró la indicación en el expediente clínico, 0 si no se encuentra, y NA (No Aplica), en aquellos casos en los que por situación clínica de la paciente o el contexto del establecimiento de salud no se plasme en el expediente clínico tal indicación.

Se considera que el expediente cumple cuando no existe 0 en ninguna de sus casillas.

	Número de Expediente→						
	<b>ATONÍA UTERINA: Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Prom</b>
	<b>Acciones Inmediatas:</b>						
	<b>INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA: ACTIVÓ CODIGO ROJO</b>						
1.	Realizó MATEP						
2.	Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra.						
3.	Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.						
	<b>Usó de oxitócicos juntos o en secuencia:</b>						
4.	Inició Oxitocina IV, 40 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.						
5	Continuó: Oxitocina IV, 10 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L)						
6	Si se requirió transfusión, se realizó la misma.						
	<b>MManiobras (Que salvan vidas):</b>						
7	<b>Si el sangrado continuó:</b> Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.						
8	Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.						

9	En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.						
10	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	<b>Expediente Cumple:</b>						
	<b>Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)</b>						
	<b>.Número de Expediente→</b>						
	<b>DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Prom</b>
	<b>El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se basó en:</b>						
1	Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído, pero con hemorragia vaginal.						
2	Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.						
	<b>Acciones Inmediatas:</b>						
3	Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.						
4	Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	<b>Expediente Cumple:</b>						
	<b>Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)</b>						
	<b>Número de Expediente→</b>						
	<b>RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Prom</b>
	<b>El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:</b>						
1	La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante						
	<b>Acciones Inmediatas:</b>						
2	Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.						
3	Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.						
4	Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical)						
	<b>Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:</b>						

5	Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min).						
	<b>Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo:</b>						
6	Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé).						
7	Si Maniobra de Credé no dió resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.						
8	Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.						
9	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	<b>Expediente Cumple:</b>						
	<b>Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)</b>						
	<b>Número de Expediente→</b>						
	<b>RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Prom</b>
1	Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.						
2	Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.						
3	Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.						
4	<b>Si el sangrado continuó:</b> pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	<b>Expediente Cumple:</b>						
	<b>Promedio Global (Total de Ex Cumple / Total Exp Revisados x 100)</b>						
	<b>Número de Expediente→</b>						
	<b>INVERSIÓN UTERINA: Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Prom</b>
1	Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).						
2	<b>NO</b> aplicó oxicóticos antes de reducir la inversión.						
3	Si la mujer tenía dolor severo, aplicó ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IV						

4	<b>Si el sangrado continuó:</b> realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV +						
6	<b>Si había signos de infección</b> (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.						
7	Si <b>sospechó necrosis</b> , indicó / realizó o refirió para histerecto- mía vaginal.						
8	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	<b>Expediente Cumple:</b>						
	<b>Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)</b>						

*(Normativa "109" segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, página 302-306)*

El presente documento, fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil que se formó en los SILAIS Chontales y Zelaya Central basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

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

