

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Facultad de Ciencias Médicas



**Conocimientos y prácticas de médicos y enfermeras en
relación al manejo activo del tercer periodo del parto, en
el centro de salud de Río Blanco.**

Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Autoras:

Br: Ana María Silva Pérez.
Br: Suhey del Carmen Suárez Castillo.

Tutores:

Dra. Dolores Benavides Aragón.
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Dr: Arnoldo Toruño Toruño
Departamento de Salud Pública.

A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD

Agradecimiento

A DIOS por darnos la sabiduría y guiarnos en nuestros estudios durante todos estos años.

Agradecemos a nuestros padres por el esfuerzo que ellos realizan día a día al brindarnos nuestros estudios, comprensión, amor, cariño y principios siendo la herencia más importante y duradera que ellos puedan dejarnos en la vida.

A nuestros maestros, por ser nuestros amigos en su momento y compartir sus conocimientos, experiencias y mostrar interés por forjar un mejor futuro para las nuevas generaciones, siendo ellos los que pulen las habilidades y conocimientos que obtenemos en el transcurso de nuestros estudios.

A la UNAN-León, en general, por jugar el papel de hogar.

RESUMEN

Sabiendo que la hemorragia post-parto es una de las principales causas de muerte materna, y que la misma puede reducirse mediante el manejo activo del tercer período del parto (MATEP), y tomando en cuenta también que la mortalidad materna en Nicaragua es más elevada en el Norte del país y en las regiones del Atlántico, se realizó el presente estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos y prácticas al respecto, por parte del personal de salud a cargo de la atención de los partos en el centro de salud de Río Blanco.

El estudio se realizó en septiembre y octubre del año 2012. Se usaron dos métodos para realizar esta valoración: A) Una encuesta dirigida al total de médicos, enfermeras obstetras y enfermeras, que atienden partos, excluyendo a las autoras del estudio, con el fin de determinar el nivel de conocimientos. El instrumento utilizado estaba constituido principalmente por preguntas abiertas. El cuestionario era auto-administrado; cada quien lo respondía de manera privada en su lugar de trabajo. Fue respondido por 21 personas. B) Observación no participante, de 95 partos, usando una guía de observación, con el fin de analizar las prácticas del personal.

Se encontró que tanto los conocimientos como las prácticas del personal del centro de salud de Río Blanco sobre las normas relativas al manejo activo del tercer período del parto distan de ser óptimas. En efecto, la mayoría de los médicos y enfermeras mencionó de manera incompleta las diferentes actividades relativas al MATEP, e igualmente la mayoría de las veces ofrecieron una atención sin cumplir todas las actividades normadas. Los médicos en servicio social tuvieron mejores conocimientos, mientras que los médicos y enfermeras generales mostraron las mayores debilidades.

Palabras claves: manejo activo del tercer período del parto, conocimientos, prácticas, Río Blanco.

Opinión de los tutores

El presente estudio se enfoca hacia uno de los principales problemas de salud del país, como es la mortalidad materna, y se desarrolla en una zona donde este problema es mayor. Parte de una necesidad real, como es la apreciación inicial de que había debilidades en el cumplimiento del manejo activo del tercer período del parto en el centro asistencias donde las autoras realizan su servicio social.

En general, la metodología del estudio la consideramos apropiada, sobre todo en lo que tiene que ver con la determinación de los conocimientos y prácticas del personal.

Los resultados están presentados de una forma clara, y la discusión de los mismos es razonable. Las conclusiones motivan y orientan revisiones y mejoras en los procesos educativos, tanto en las escuelas formadoras como en los servicios de salud.

Por lo antes expuesto, valoramos positivamente el trabajo.

Dra. Dolores Benavides A.
Departamento de Ginecología
y Obstetricia

Dr. Arnoldo Toruño T.
Departamento de Salud Pública

ABREVIATURAS

RAAN:	Región Autónoma Atlántico Norte.
MATEP:	Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
HPP:	Hemorragia post- parto.
UI:	Unidades internacionales.
IM:	Intramuscular.
IV:	Intravenoso.
SILAIS:	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud.
USAID:	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

INDICE

Introducción.....	6
Antecedentes.....	8
Justificación.....	10
Planteamiento del problema	11
Objetivos	12
Marco Teórico	13
Material y Método	26
Resultados	29
Discusión.....	38
Conclusión.....	40
Recomendaciones	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	45

INTRODUCCIÓN

Cada año en todo el mundo mueren cerca de 550,000 mujeres de las edades comprendidas entre los 15 a 49 años, esto como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, siendo la hemorragia la primera causa de muerte, teniendo así una tasa de mortalidad por ella de 130,000 mujeres a nivel mundial, la mayoría de estas muertes ocurren en las primeras cuatro horas después del parto y se asocian al manejo del tercer periodo del parto (1)

En Nicaragua la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública aun cuando los esfuerzos emprendidos por el ministerio de salud y la cooperación internacional durante las últimas décadas han contribuido a reducir las cifras de este problema pasando de una tasa de 159 en el año 1989 a 119 *100,000 nacidos vivos en el año 2005. Sin embargo el esfuerzo es insuficiente ya que mueren anualmente un promedio de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir un importante sub-registro de caso que se calcula en un 30% (1)

Más del 30% de las muertes maternas ocurridas en el país provienen de áreas rurales y casi la mitad de las mujeres tienen de 20-34 años los principales departamentos afectadas son: RAAN, Rio san Juan, Jinotega, Matagalpa y Chontales. La mayor parte de las muertes ocurren en el posparto por causas obstétricas directas de ellas las principales patologías son: la hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo, la sepsis y el aborto (1)

La mortalidad materna que se presentan tienen múltiples orígenes, el 84% de estas están íntimamente relacionadas con las prácticas realizadas del tercer periodo del parto, estas muertes se presentan en países en vías de desarrollo, países donde la hemorragia postparto contribuye a la mortalidad materna debido a la falta de instalaciones para la atención del partoy también a un pobre estado de salud de las madres. (1)

El tiempo que transcurre entre el nacimiento del bebe, y las maniobras para la expulsión de la placenta, es el período crítico para la supervivencia y la salud tanto de la madre como del recién nacido, un manejo adecuado del tercer período del parto es importante para obtener posteriormente la ligadura del cordón y el contacto temprano con el recién nacido, dos

intervenciones que se realizan en este período y que tienen repercusiones también en el neonato a largo plazo.(1)

En Nicaragua, aun con los procesos de capacitación impartidos al personal de salud para la detección de embarazos de altos riesgos y la atención del trabajo de parto, siguen presentándose muertes de madres que sufren de algún tipo de complicación durante el parto y que están relacionadas a técnicas inadecuadas en el tercer periodo del parto, siendo la principal causa de muerte atribuida a la hemorragias postparto, constituyendo así el 34% de estas(1); Por lo que todo el personal de salud que participe en la atención del parto debe estar sensibilizado y tener los conocimientos, habilidades y criterios clínicos necesarios para realizar el manejo activo del tercer periodo del parto y el contacto piel con piel del recién nacido, así mismo contar con el material y el equipo necesario para realizarlo.

Se han realizados estudios en hospitales de nuestro país tales como: Hospital Fernando Vélez Paíz, Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales donde el manejo activo del trabajo de parto en el tercer periodo, disminuye el volumen del sangrado, la necesidad de transfusiones sanguíneas, y el tiempo de convalecencia y hospitalización, esto mediante el empleo de los cuatro pilares del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) siendo estos el uso de Oxitocina, justo después del nacimiento del producto, la ligadura del cordón umbilical, la tensión y contra-tracción controlada del cordón, y el masaje uterino cada 15 minutos por dos horas.(2,11,12)

Hay experiencia nacional en hospitales antes mencionados de carácter público en el uso de fármacos para la disminución del sangrado en el tercer periodo del trabajo del parto y en el puerperio inmediato, esto con resultados exitosos en el uso de esta modalidad de tratamiento, teniendo como objetivo la disminución en la incidencia del sangrado en el postparto y muertes maternas.(2,11,12), Decidiendo así realizar un estudio en el que se obtenga experiencia que certifique, conocimientos y prácticas que se realizan en el Manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), ya que la muerte de una madre tiene repercusiones emocionales y económicas importantes en la familia y en la comunidad, reduciendo así la supervivencia del recién nacido y disminuyendo el desempeño escolar de los niños.

ANTECEDENTES

Es difícil hablar de manejo activo del tercer periodo del parto y no hablar de hemorragia postparto, ya que en un 34% es una de las principales complicaciones que se presenta como consecuencia de una mala técnica del manejo del tercer periodo del parto (MATEP), la mortalidad materna es uno de los retos que todo país en desarrollo tiene, siendo esta más difícil en aquellos países que no presentan las condiciones necesarias para suplir las demandas que la comunidad necesitada, además de ser uno de los objetivos de la cuenta reto del milenio.(1).

Martínez (2004), realizó una tesis, donde se evaluaron a 156 mujeres, en este estudio se valoró que durante el manejo activo del tercer periodo del parto al 93.9% se les realizó el pinzamiento del cordón de manera inmediata, al 89% se les realizó masaje uterino, el 91.5% se les realizó tracción controlada del condón y un 87.6% se les practicó el uso profiláctico de oxitocina. Del total de mujeres a las que se les practicó cada uno de estos parámetros los resultados obtenidos fueron los siguientes: solo el 3.2% presentaron hemorragias postparto y esto debido a desgarros vaginales, hipotonía uterina, desgarros cervicales, retención placentaria y hematoma vaginal. (2).

Martínez (2003), realizó una tesis, en la cual se hizo una revisión de 279 expedientes clínicos en los cuales se identificaron pocos casos de hemorragias post-parto correspondientes al 3.7% de los pacientes en estudio. En este estudio durante el periodo comprendido entre el expulsivo y el alumbramiento hubieron 50 mujeres a las cuales se les indico algún fármaco de acuerdo con los datos confinados en los expedientes de estas 44 recibieron oxitocina y 6 recibieron ergometrina, siendo esta ultima la indicación que figuraba en los expedientes de las pacientes con hipotonía uterina. (11).

Pereira (2005-2007), realizó un estudio donde se demostró un índice de hemorragia postparto de 1.7% y los principales factores de riesgo para esta causa fueron los síndromes hipertensivos, anemia, macrosomía, ruptura prematura de membranas; También se realizaron estudios sobre manejo activo del tercer periodo del parto donde se demostró que la utilización de los cuatro pilares del MATEP fueron de gran importancia para la disminución de la hemorragia postparto ya que los implementaron de la manera correcta,

sugiriendo en este estudio dentro de las recomendaciones plasmar estos pilares dentro de la norma. (12, 18)

El departamento de Ginecología y obstetricia de la universidad de Chile (2000), realizó un estudio, una revisión aleatoria de 5 ensayos clínicos relacionados con el manejo activo del tercer periodo del parto, comparativo este con el trabajo expectante, en los tres primeros casos el manejo expectante del tercer periodo del trabajo de parto era la práctica de rutina y en los dos últimos se empleó el uso de oxitócicos, con este último se logró una reducción significativa de pérdida de sangre materna, hemorragias postparto mayor de 500ml, y la prolongación del tercer estadio del trabajo de parto. Aunque se encontró una correlación de este último con un aumento en el riesgo de náuseas, vómitos y presión arterial alta. (13).

JUSTIFICACIÓN

El manejo activo del tercer periodo del parto, es la pauta para evitar posibles complicaciones en el postparto; En primer nivel de atención debemos realizarlo de la manera más adecuada para evitar que dichas complicaciones puedan culminar con la vida de las pacientes. Sin embargo hay recursos de salud que realizan de manera inadecuada estos pasos, aún cuando hay normas y protocolos que nos dan la pauta de lo que debemos hacer; Siendo el principal problema, la actitud del personal de salud ante esta problemática, lo que repercute significativamente en la salud de las mujeres a las cuales estos recursos les atienden el parto. Conociendo que esta es la parte vulnerable de nuestro país, no existen estudios que evidencien el conocimiento y las prácticas que tiene el personal de salud (médicos y enfermeras) en cuanto al manejo activo del tercer periodo del parto en atención primaria, o que demuestren un aporte a cerca de la importancia que tiene el realizarlo de la manera correcta para la detección de complicaciones de manera oportuna. Este es un problema de mucha relevancia, ya que no solo pone en peligro la vida de la madre, sino también la vida del recién nacido. Por lo cual nos hemos propuesto la realización de este estudio tomando en cuenta el abordaje biopsicosocial de las usuarias, con el propósito de reforzar los conocimientos del personal de Salud en atención primaria y evaluar el cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto, a fin de contribuir con la disminución y contención de la mortalidad materna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mediante la utilización de las normas y protocolo de la atención a las mujeres con parto de bajo riesgo, se pretende mejorar la calidad de atención del parto y reducir la morbi-mortalidad para esta causa, con estos objetivos se pretenden alcanzar la prevención adecuada para reducir la hemorragias tras el parto en esta unidad de salud y de implementar de la manera adecuada el tercer periodo del parto, la viabilidad de esta intervención se puede considerar desde tres puntos de vista diferentes: el económico, la calidad de las instalaciones y la disponibilidad de personal de salud capacitado, por lo que nos hemos planteado el siguiente problema: ¿cómo son los conocimientos y prácticas del personal de salud en el manejo activo del tercer periodo del parto en el centro de salud de Rio Blanco?

Objetivo General:

Valorar los conocimientos y las prácticas que tiene el personal de salud en relación al manejo activo del tercer periodo del parto en el centro de salud de Río Blanco.

Objetivo Específicos:

- 1- Evaluar los conocimientos científicos que tiene el personal de salud sobre el manejo activo del tercer periodo del parto.
- 2- Determinar el grado de cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto según normas.
- 3- Identificar las complicaciones que presentan las pacientes según el grado de cumplimiento de las normas.

MARCO TEÓRICO

El Ministerio de Salud en su calidad de ente rector del sector salud a fin de dar cumplimiento a los compromisos del gobierno, continúa impulsando acciones que contribuyan a mejorar la salud de la mujer, por lo que viene trabajando desde el programa de Atención Integral a la mujer en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna del país, implementando normas y protocolos de atención del parto con el propósito de poner en práctica una serie de acciones, así como contribuir a la actualización de los conocimientos científicos y a la homogenización del manejo del parto.(1).

El embarazo y el parto implican serios riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres sin problemas de salud preexistentes. Aproximadamente el 40% de las embarazadas sufre de problemas asociados al embarazo, y el 15% presentan complicaciones que tienen secuelas a largo plazo o que ponen en peligro sus vidas. Con forme a estimaciones de la OMS (Organización mundial de la salud). Por lo general, la mayoría de estas muertes ocurre en países en desarrollo, debido a que con frecuencia las mujeres de estos países no tienen acceso a la atención necesaria para salvarles la vida.(3).

Más de la mitad de las muertes maternas, ocurre dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo. La hemorragia es la principal causa de muerte materna en todo el mundo. En aquellos lugares con altas tasas de mortalidad materna y recursos limitados, la introducción de prácticas de bajo costo basadas en la evidencia científica para prevenir y manejar la hemorragia posparto puede mejorar la supervivencia materno-infantil. (3).

El manejo activo se asocia con disminución de las complicaciones entre las principal la Hemorragia postparto (HPP) mayor de 500ml en un 62% y mayor de 1000ml (severa) en un 67%. Así como retención placentaria.El manejo activo también está asociado a disminución de anemia, y necesidad de transfusión sanguínea posparto.(3)

ALUMBRAMIENTO NORMAL

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares dispuestas en tres capas. La capa intermedia tiene una forma de ocho y es fundamental en el proceso de hemostasia del lecho placentario. Durante la retracción normal uterina, los vasos comunicantes entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo en forma evidente la pérdida sanguínea. Durante el alumbramiento, las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen; El miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye.(4).

La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero es menor. Cuando la placenta se va separando por esta incoordinación de superficies, el útero es globuloso y consistente, llegando a la altura del ombligo e incluso a veces puede estar debajo de este punto de referencia. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10 a 30 minutos. Si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento, se considera un alumbramiento prolongado y seguramente va a necesitar una intervención adicional, que sería la extracción manual de la placenta. (4, 5).

La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término, representa entre 500 a 800 ml por minuto. Por ello, a medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del músculo uterino van comprimiendo los vasos locales, para disminuir el sangrado y además permiten la formación de un coágulo retro-placentario. Si el útero falla en contraerse adecuadamente, se produce atonía uterina. En este caso, los vasos no fueron ocluidos y se produce una importante hemorragia, que en pocos minutos puede tener un desenlace fatal. (5).

Este periodo dura 10 a 30 minutos después de la expulsión fetal siendo la mayoría de los casos antes de los 10 minutos. Se presenta un sangrado menor de 500 ml en un parto vaginal y 1000 ml en cesárea. El tercer periodo del parto se divide en 4 fases (5):

1. Reposo clínico:

Ocurre a continuación de la expulsión del feto. El útero disminuye de volumen, la madre siente alivio, inicialmente disminuyen las contracciones, luego se reanudan con mayor intensidad y frecuencia, pero indoloras ya que no dilatan el cuello cervical. (5).

2. Desprendimiento:

La retracción uterina genera una disminución de la superficie del útero, la placenta y membranas que siguen adheridas a la cavidad uterina se pliegan entre sí, produciéndose una zona de desprendimiento en la decidua. Hay 2 mecanismos posibles (5):

- Mecanismo de Baudelocque-Schultze (93%), el desprendimiento se inicia en el centro de la placenta, formando un hematoma retro-placentario. Primero se expulsa la placenta (paraguas invertido) y luego se produce el sangrado. Dura de 4 a 10 minutos. (5).

- Mecanismo de Baudelocque-Duncan, menos frecuente, en el cual el desprendimiento se inicia en el borde de la placenta, por lo que el sangramiento es precoz. (5).

Signos clínicos de desprendimiento:

§ Sangramiento, momento en que se produce, y cuantificarlo.

§ Reparación de la dinámica uterina.

§ Signo de Schöeder, útero palpable a 3 cm supra-umbilical y lateralización a derecha

§ Signo del cordón de Küstner, es la inmovilidad de la pinza que está unida al cordón, al traccionar el fondo del útero hacia arriba.

§ Signo de Alfehd, es el descenso espontaneo de la pinza unida al cordón. Se considera que el desprendimiento es completo al descender más de 10 cm.(5)

§ Signo de Fabre o del pescador, se tracciona el cordón y se palpa el fondo del útero. No es aconsejable.

§ Signo placentario, es la sensación de pujo de la madre cuando la placenta ocupa la vagina (en ausencia de anestesia)

3. Descenso:

Se produce por el hematoma retro-placentario, las contracciones uterinas, el peso de la placenta y los anexos y la gravedad. La retracción uterina comprime los vasos del miometrio (ligaduras vivas de Pinard). (5).

4. Expulsión:

Es la expulsión de la placenta y los anexos al exterior ayudados por los pujos y prensa abdominal. Se debe examinar la placenta y membranas para comprobar que estén completas. Posteriormente se realiza revisión instrumental de la cavidad uterina. (5).

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO:

El pujo materno ayuda a la expulsión de la placenta. También se puede realizar la maniobra de Credé, que consiste en exprimir el útero en dirección a la vagina, con el pulgar en pared anterior y el resto de los dedos en la pared posterior, a través de la pared abdominal. Una vez que la placenta sale, se extraen las membranas torciéndolas sobre su eje (maniobra de Dublin). (4).

Luego se revisa la placenta y los anexos. El orificio de ruptura debe estar a 10 cm o más del borde placentario, de ser menor podría corresponder a una implantación baja. Se debe hacer revisión instrumental de la cavidad uterina y del canal del parto y, finalmente, suturar la episiotomía. (4).

CLASIFICACIÓN:

§ **Espontáneo:** sin intervención médica.

§ **Dirigido:** estimulación de la dinámica uterina con oxitocina.

§ **Corregido:** maniobras como masaje supra-púbico para acelerar el desprendimiento, descenso o expulsión.

§ **Manual:** es el desprendimiento digital, y extracción manual de la placenta, por los bordes inferiores (la mano debe estar extendida, con el dorso apoyado a la pared del útero), luego

se debe hacer revisión instrumental de la cavidad, administrar oxitocina y antibióticos profilácticos.

MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO. (MATEP). (4,6)

Esta práctica está basada en evidencia clínica, porque ha demostrado que el MATEP disminuye sustancialmente la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%; incluye la administración de medicamentos útero-tónicos después del parto (se recomienda 10UI de oxitocina por vía intramuscular); Liberación de la placenta con tracción controlada y contra-tracción uterina por encima del hueso pubiano y masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos en las siguientes 2 horas.

El manejo activo del tercer periodo del parto debe aplicarse a todas las mujeres, independientemente que presenten o no factores de riesgo. Con la aplicación del manejo activo del tercer periodo del parto, se puede contribuir a reducir la morbilidad por esta causa hasta en un 50%.

Definición de manejo activo del tercer periodo del parto. (4,6)

Se entiende por manejo activo a la decisión clínica de intervenir en este proceso, usando determinadas maniobras y/o fármacos que acorten el tercer periodo del parto. El manejo activo de la tercera etapa del parto (alumbramiento) ayuda a prevenir la hemorragia, esto incluye:

***Uso de oxitocina:** Se debe administrar en el primer momento de la expulsión del hombro, inmediatamente después del primer minuto del nacimiento del feto.

*** Se debe pinzar y seccionar el cordón umbilical hasta que deje de pulsar o de 3-5 minutos.**

*** Se debe realizar la tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.**

*** El masaje uterino (fúndico suave) se realiza posterior a la extracción de la placenta.**

Administración Inmediata de 10 UI de oxitocina IM

*Se debe realizar dentro del minuto después del nacimiento del bebe, palpando el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebes.

* Se debe aplicar 10 unidades de oxitocina Intramuscular, inmediatamente después del nacimiento del bebe (en el primer minuto), pero antes del nacimiento de la placenta, aun cuando se utilice oxitocina para inducto-conducción. Prepare el equipo de atención de partos, prepare también una jeringa descartable cargada con 10UI de oxitocina. Aplique en el brazo (musculo deltoides), si hubiera otro recurso de salud que lo esté apoyando, o con mayor frecuencia en el muslo (particularmente cuando se encuentra atendiendo el parto solo/a). (4,6).

* La oxitocina se prefiere por que produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2mg intramuscular. Antes de que se administre estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebe. (4).

*No administre Ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares. (4).

Uso de oxitocina: La oxitocina es una hormona péptidica que favorece la contracción uterina. Es un derivado del cornezuelo de centeno. La oxitocina sufre destrucción enzimática en tracto gastrointestinal, pero esta es rápidamente absorbida a través de las membranas mucosas, luego de ser administrada oral o intra-nasal. Es metabolizada por el hígado y riñones, con una vida media plasmática de solo unos pocos minutos (de 2 a 10 min). Solamente pequeñas cantidades son excretadas en la orina.(4, 5, 7).

La oxitocina es secretada por el hipotálamo y almacenada en el lóbulo posterior de la hipófisis. Posee un efecto estimulante sobre el miometrio. La sensibilidad del útero a esta hormona, depende de la densidad de receptores oxitócicos en el órgano blanco. En el curso del embarazo el número de receptores en el miometrio, decidua y especialmente en el cuerpo del útero incrementan; Entre más avanzado el embarazo se necesitan menos dosis para la estimulación uterina.(4, 5, 7).

Se puede utilizar por vía intramuscular (IM) o intravenosa (IV), en bolo o en perfusión continua, para inducir labor o aumentar las contracciones en mujeres con inercia uterina secundaria. Por vía IM (intramuscular) el tiempo preciso para que aparezca la acción es de 3 a 5 minutos; El efecto dura de 2 a 3 horas. Con uso IV (intravenoso), la acción aparece de inmediato y su duración es de 1 hora, en el caso de administrarse en bolo.(4, 5, 7).

El uso de oxitocina se asocia a algunos efectos indeseables como (4):

- 1- Retención acuosa que puede conducir a hiponatremia, edema pulmonar, convulsiones y coma (especialmente tras la perfusión prolongada).
- 2- Hipertensión arterial grave o complicaciones de la misma.
- 3- Arritmias cardiacas.
- 4- Nauseas, vómitos.
- 5- Más raramente reacciones anafilácticas.

Se recomienda la administración lenta del bolo para evitar la hipotensión (en no menos de 2 minutos). Es importante tener presente el riesgo de intoxicación acuosa y limitar la ingesta de líquidos, así como realizar la administración de electrolitos en lugar de sueros glucosados. Si existe una vena canalizada o si aparece sangrado después de la administración de oxitocina intramuscular, indique una infusión de 500 ml de glucosa al 5% más 10UI de oxitocina IV a 20 gotas por minuto, modificar velocidad del goteo, si no se ha expulsado la placenta o ante la presencia de sangrado trans-vaginal anormal.(1, 4).

Uso de Ergonovina

Es un derivado ergótico, y es una amina derivada del ácido lisérgico, el cual principalmente excita la musculatura lisa y vasos. A las dosis usadas para un efecto en el útero (0.2 a 0.5), las acciones vasoconstrictoras son bajas. A concentraciones bajas todos los derivados ergóticos causan incremento de la frecuencia y ritmo de las contracciones uterinas; a concentraciones altas tienen como efecto una contracción continua de la musculatura uterina. La ergometrina es rápidamente absorbida después de la administración oral o parenteral (Intramuscular), aumenta las contracciones uterinas en aproximadamente 5 a 15 min. Después una dosis oral, y 2 a 3 min, después de una dosis IM (intramuscular). La eliminación parece ser principalmente por metabolismo hepático.(9,10)

La ergometrina posee una acción más poderosa en el útero que la mayoría de los alcaloides ergóticos, especialmente en el útero puerperal. El maleato de ergometrina puede ser usado en la prevención y tratamiento de hemorragia postparto causada por atonía uterina, al provocar una contracción y tono uterino sostenido; Comprime los vasos sanguíneos en la pared uterina y disminuye el flujo sanguíneo. Hay estudios que evidencian que la ergometrina (ergonovina) tiene muy baja estabilidad en climas tropicales y con la exposición a la luz; además produce aumento de reacciones adversas como náuseas, vómitos, cefalea e hipertensión.(9,10).

Pinzamiento del cordón umbilical

La ligadura del cordón umbilical debe efectuarse después que nace el neonato, el momento óptimo para el ligamiento del cordón umbilical de todos los recién nacidos, independientemente de su edad gestacional, es cuando el cordón deja de pulsar, la circulación ha cesado y está vacío sin sangre (Aproximadamente a los 3 minutos) al dejar de pulsar, se debe ligar y cortar el cordón umbilical, con estrictas técnicas de higiene.(4,6)

Se considera que se debe pinzar y cortar aproximadamente unos 3 minutos después del nacimiento, cuando el cordón deja de latir (excepto en los casos de asfixia neonatal, cuando el pinzamiento temprano podría ser necesario para aplicar medidas de reanimación). (4,6)

Tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.

* Se debe realizar durante la contracción y después de haberse observado los signos de desprendimiento. Si lo efectúa sin contracción puede provocar una eversión uterina. (4,6)

* Pinze el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza forester (de ojo). Se sostiene el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano. (4,6)

*Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplique contra-tracción durante la tensión controlada del cordón umbilical, determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si se presenta contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contra-tracción, mientras efectúela tensión leve del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.

*Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos). Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue (signo de desprendimiento placentario), hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta, ocurre pequeño sangrado trans-vaginal y hay contracción uterina. Con la otra mano, continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero. (4,6)

Si la placenta no se desciende después de 30 – 40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical(es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continuar halando del cordón y realizar lo siguiente:

*Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y esperar hasta que el útero este bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilizar una pinza de ojo para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue.

*Con la contracción siguiente, repita la tensión controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción.

* Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contra-tracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano.

*Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas (Maniobra de Dublin).

* Hale lentamente para completar la extracción.

* Revise el canal del parto y en caso que las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles y utilice una pinza de ojo para retirar cualquier trozo de membrana retenido.(4)

* Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que esta integra. Primero revise la cara fetal y luego invirtiéndola, examine la cara materna colocándola sobre una superficie plana, asegúrese que no le falte un cotiledón. Observe las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa amniótica. Si falta una porción de la

superficie materna o hay desgarro de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios.

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

* Si se ha arrancado el cordón umbilical, pudiese ser necesaria la remoción manual de la placenta con la realización inmediata de masaje uterino. ES UN ACTO DE EMERGENCIA a fin de evitar muerte materna por hemorragia.

Remoción manual de la placenta.

Las indicaciones para realizar la extracción manual de la placenta, es retención de esta por más de 15 minutos con manejo activo, y 30 minutos sin manejo activo, luego de producido el nacimiento.(4)

Masaje uterino

Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard. Debe orientarse a la parturienta a fin de que continúe practicándose el masaje uterino. (4)

Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

Con el fin de estimular la contracción uterina y la expulsión de la placenta y posteriormente la formación del globo de seguridad de Pinard. Si no se presenta sangrado activo mayor de lo esperado en este periodo, si la paciente estaba canalizada mantener la infusión venosa con oxitocina por 6 horas a 40 gotas por minuto. (4)

Independientemente que la administración de oxitocina fue por vía endovenosa o intramuscular:

Vigile constantemente los: Signos vitales

*La magnitud del sangrado

*La formación del globo de seguridad de Pinard.

Signos de alerta durante y después del tercer periodo:

1-Hemorragia anormal antes de la expulsión de la placenta. La hemorragia no se detendrá hasta el alumbramiento. Se recomienda que administre oxitocina y realice una tracción controlada del cordón umbilical. (4)

No se recomienda

- a) Administrar ergometrina (ergonovina) a pesar de su eficacia bien documentada, poseen gran inestabilidad en climas tropicales y mayor frecuencia de reacciones adversas.
- b) Tirar del cordón umbilical
- c) Presionar con el puño el abdomen de la mujer.
- d) Realizar una revisión uterina.

2- Hemorragia anormal tras el alumbramiento:

Se recomienda:

- a) Poner al neonato sobre el pecho de la madre.
- b) Vaciar la vejiga urinaria.
- c) Iniciar un masaje uterino colocando la mano en el abdomen de la mujer a la altura del cuerpo del útero y realizar movimientos circulares. Se debe notar como el útero se endurece y la hemorragia se detiene. En caso contrario se debe administrar oxitocina.

Complicaciones de tercer periodo del parto

Hemorragia pos parto (HPP): Se define como la perdida hemática de 500cc por vía vaginal y 1000cc por cesárea, o un descenso del hematocrito del 10% o más, en las primeras dos horas postparto. Se considera HPP (hemorragia postparto), a toda perdida hemática (independientemente del volumen perdido) que produzca alteraciones hemodinámicas en la paciente.(7, 8)

Clasificación de hemorragia post parto. (7, 8)

a) Según la duración.

- 1- Hemorragia post parto mediato: se produce hasta las 24 horas posteriores al nacimiento.
- 2- Hemorragia post parto tardía o propiamente dicha: es la que se produce después de las 24 horas hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.
- 3- Hemorragia del puerperio alejado: se produce después de los primeros diez días hasta los 42 días posteriores al nacimiento.

b) Según el origen de la hemorragia

- 1-Primaria: perdida hemática superior a 500ml, originada en el canal del parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.
- 2-Secundaria: sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que tiene lugar entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (12 semanas).(8)

Manejo de la hemorragia postparto: (1, 4)

- 1) Identifique la etiología: Rotura uterina, inversión uterina, desgarro cervico-vaginales, hipotonía uterina, atonía uterina, retención placentaria y retención de restos placentarios y membranosos.
- 2) Administre solución salina normal 0.9% 500cc más 20UI de oxitocina IV (intravenoso) a 40 gotas por minutos modificar dosis según respuesta.
- 3) Aplique ergometrina 0.2mg Intramuscular cada 8 horas si es necesario, en caso que no haya enfermedad hipertensiva gestacional.

- 4) Transfunda sangre fresca o paquete globular, en caso de coagulopatía transfundir plasma fresco (15ml/kg de peso corporal), concentrados plaquetarios frescos, glóbulos rojos concentrados, crioprecipitados, fibrinógeno.
- 5) Ingrese a unidad de cuidados intensivos.
- 6) Solucione la causa.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, para valorar los conocimientos y prácticas del personal de salud:

- A. Observación: se utilizó para obtener información sobre las prácticas del personal en la atención del tercer período del parto. Se observó un mínimo de 40 partos, usando la guía que se presenta en el anexo 1. El director del centro de salud es el único que conocía de la finalidad real del estudio. Para poder conocer la forma como el personal atiende rutinariamente el tercer período del parto, al personal se le dijo que el estudio tenía como objetivo valorar la atención del parto humanizado. Los partos observados fueron los que se presentaron a partir de la aprobación del protocolo, sólo excluyendo los que fueron atendidos por las propias autoras del estudio.
- B. Encuesta: valoró los conocimientos del personal sobre el MATEP.

Área de estudio: Centro de Salud Denis Gutiérrez, en el Municipio de Rio Blanco, en el Departamento de Matagalpa, ubicado a 238 km de la capital. El centro de salud atiende a una población de 33,886 habitantes, la consulta está dividida por 4 sectores que atienden el área urbana y 5 sectores que atienden el área rural, cuenta con 4 médicos en servicio social, 4 médicos generales, 5 enfermeras obstetras, 8 enfermeras generales, 1 odontólogo, 1 laboratorista y 1 técnico de laboratorio, se atiende consulta general, no cuenta con encamado para hospitalizar pacientes, solo se cuenta con una sala de labor y parto que cuenta con una sola camilla obstétrica para atención de los partos, hay una sala para brindar los cuidados del puerperio la cual cuenta con cinco camas, para brindar una atención promedio de solo 8 horas postparto a la puérpera y posteriormente su alta ya que hay un promedio de 4 partos por día; hay un promedio de 650 embarazadas en censo gerencial, de los cuales un 60% son mujeres entre las edades menores de 20 años y mayores de 35 años, y son alto riesgo real ya que presentan antecedentes de preeclampsia, hemorragias postparto y retención placentarias en embarazos anteriores, multiparidad.

Población de estudio: Para la encuesta, estuvo constituida por el personal que atiende partos: cuatro médicos generales, cuatro médicos en servicio social, cinco enfermeras obstetras y ocho enfermeras generales. De los médicos en servicio social, se excluyeron las dos autoras del estudio.

Fuente y procedimiento de recolección de la información:

Primaria: mediante la observación de las prácticas del personal de salud en estudio, y mediante un cuestionario auto-administrado, mientras cada quien estaba en su puesto de trabajo.

Instrumentos: a) Guía de observación, para la observación, b) Un cuestionario, principalmente en base a preguntas abiertas, para determinar los conocimientos.

Aspectos éticos: Se le solicitó al director del centro de salud Denis Gutiérrez de Rio Blanco, la autorización para llevar a cabo el presente estudio, mediante una carta de consentimiento informado al que se le explicó los objetivos del estudio, asegurándole que la información obtenida fue manejada de manera confidencial.

Operalización de las variables

VARIABLE	INDICADORES	MÉTODO
Adecuación del personal de salud para la evaluación de los conocimientos sobre MATEP.	-Para cada pregunta, porcentaje de médicos y enfermeras que las contestan correctamente. - Clasificación del total de médicos y enfermeras con número de respuestas correctas de las 7 preguntas formuladas.	- Cuestionario. - Las respuestas se valoraron, mediante Mediana de respuestas correctas en un test de 20 preguntas.
Adecuación del MATEP según protocolo.	-Porcentaje de pacientes con MATEP acorde al protocolo MINSA.	- Observación
Complicaciones en el puerperio inmediato.	-Porcentaje de pacientes que presentan complicaciones postparto, principalmente la hemorragia postparto.	- Observación

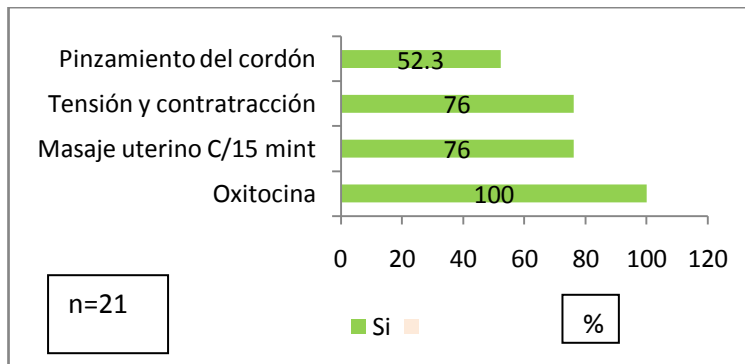
RESULTADOS

A. Conocimientos sobre los componentes del MATEP

Conocimientos sobre los componentes del MATEP

De 21 médicos y enfermeras encuestados, al preguntarles en qué consiste el manejo del tercer período del parto, todos mencionaron el uso de oxitocina 100%, pero los otros componentes fueron señalados por una proporción menor, siendo el pinzamiento del cordón el menos mencionado (52.3%) (Grafico 1)

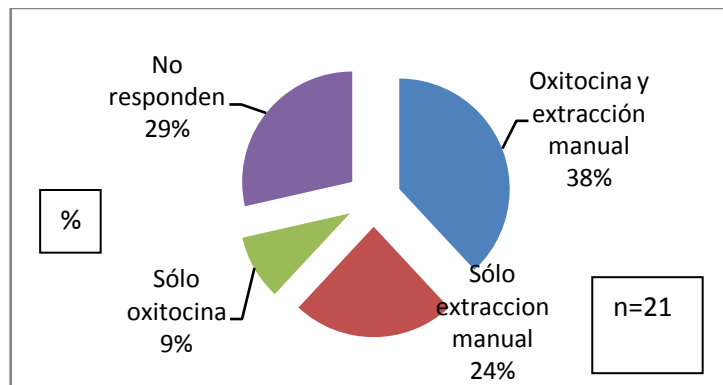
Grafico 1: Porcentaje de médicos y enfermeras que mencionaron cada componente del MATEP. Río Blanco, 2012.



Conocimientos sobre las acciones a tomar en una retención placentaria:

Sólo 38% de los médicos y enfermeras dieron una descripción completa de las acciones a tomar en caso de retención placentaria (Grafico 2).

Grafico 2: Porcentaje de médicos y enfermeras, que mencionaron las acciones normadas encaso de retención placentaria. Rio Blanco 2012.



Fármaco a utilizar y dosis

Todos los médicos y enfermeras contestaron que se debe de aplicar oxitocina, a la dosis de 10 unidades, por vía intramuscular.

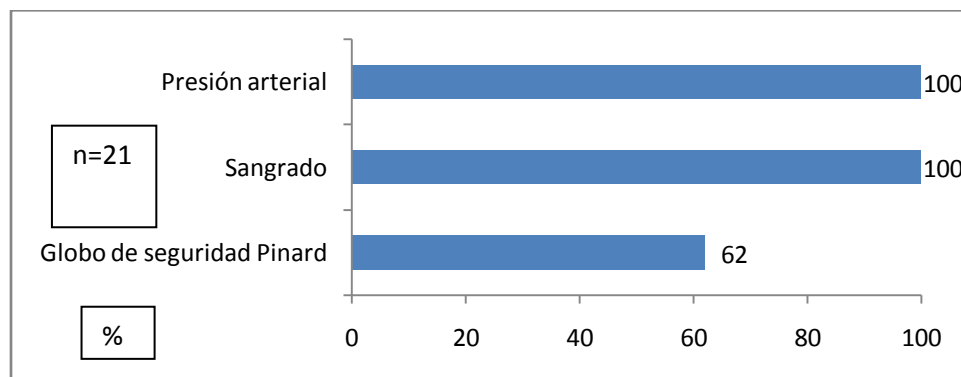
Momento del pinzamiento del cordón Umbilical

Igualmente, la totalidad de médicos y enfermeras señaló que el cordón umbilical debe de pinzarse entre 3 y 5 minutos después del nacimiento, o bien, cuando deja de pulsar.

Condiciones que deben vigilarse en el puerperio inmediato:

El total médicos y enfermeras (21) dijeron que en el puerperio inmediato deben vigilarse el sangrado y la presión arterial, pero sólo 62% mencionaron el Globo de seguridad de Pinard (Grafico 3).

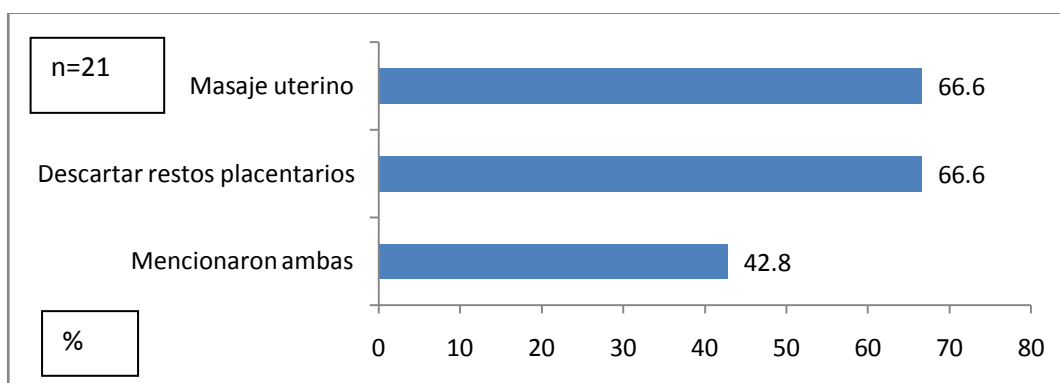
Grafico 3: Porcentaje de médicos y enfermeras que mencionaron cada condición que, según normas, debe de vigilarse en el puerperio inmediato. Rio Blanco 2012.



Acciones a tomar después de la expulsión de la placenta:

Al ser consultados sobre acciones a tomar luego de la expulsión de la placenta, 9.5% de los médicos y enfermeras no señalaron ninguna acción y sólo 42.8% de ellos mencionaron tanto la revisión para descartar restos placentarios como el masaje uterino. Cada una de estas acciones fue mencionada por siete de cada diez miembros del personal de salud (Grafico 4)

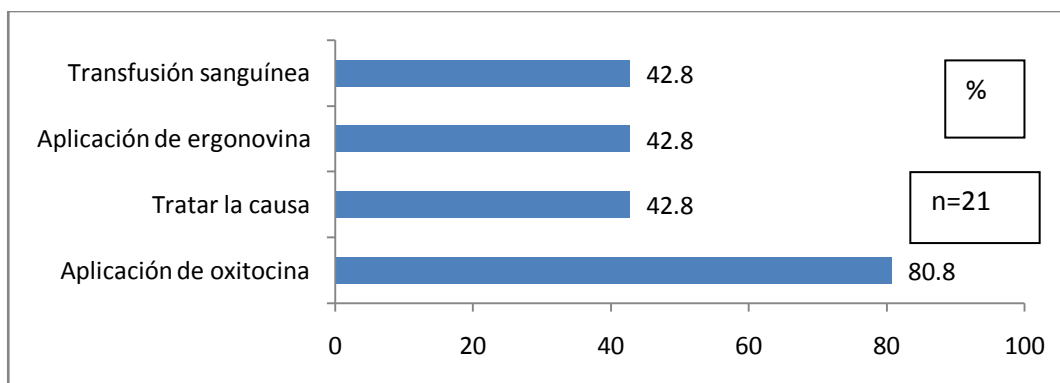
Grafico 4: Porcentaje de médicos y enfermeras que mencionaron diferentes acciones normadas para ejecutarse después de la expulsión de la placenta. Rio Blanco, 2012.



Conocimiento sobre el tratamiento de la hemorragia post-parto:

Al preguntar sobre tratamiento de la hemorragia posparto, cuatro de los miembros del personal de salud (19%), principalmente enfermeras, no mencionaron nada. La aplicación de oxitocina fue la acción más mencionada, citada por ocho de cada diez médicos o enfermeras; 42.8% señalaron todas las posibles acciones. En el gráfico 5 se presenta información sobre el porcentaje de médicos y enfermeras que mencionaron cada acción normada

Gráfico 5: Porcentaje de médicos y enfermeras que mencionaron cada una de las acciones normadas para el manejo de la hemorragia post parto, según normas. Rio Blanco 2012.



Nivel de conocimientos, según formación profesional

Al comparar el nivel de conocimientos según la formación profesional del personal, se encontró que los médicos en servicio social presentan mayores conocimientos sobre el MATEP, mientras que las enfermeras generales tenían el nivel inferior (cuadro 1).

Cuadro 1: Mediana del número de respuestas correctas y porcentaje de miembros del personal de salud que contestaron correctamente 12 o más respuestas correctas, según formación profesional. Río Blanco, 2012.

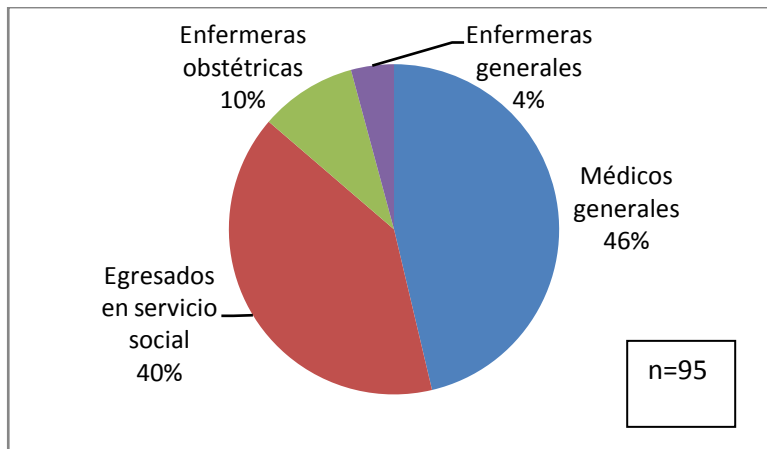
Formación profesional	Número	Mediana de respuestas correctas en un test de 20 preguntas	Proporción que tuvo 12 o más respuestas correctas
Médicos generales	4	9.5	1/4
Médicos en servicio social	4	13	4/4
Enfermeras obstétricas	5	13	3/5
Enfermeras generales-	8	10	2/8
Total	21	11	10/21

B. Evaluación de las prácticas en la atención del MATEP

Personal que atendió los partos.

La mayoría de los 95 partos observados fueron atendidos por médicos, incluyendo en estos a los egresados en servicio social (86%); el resto fueron atendidos por enfermeras, principalmente enfermeras obstétricas (10%). (Gráfico 6).

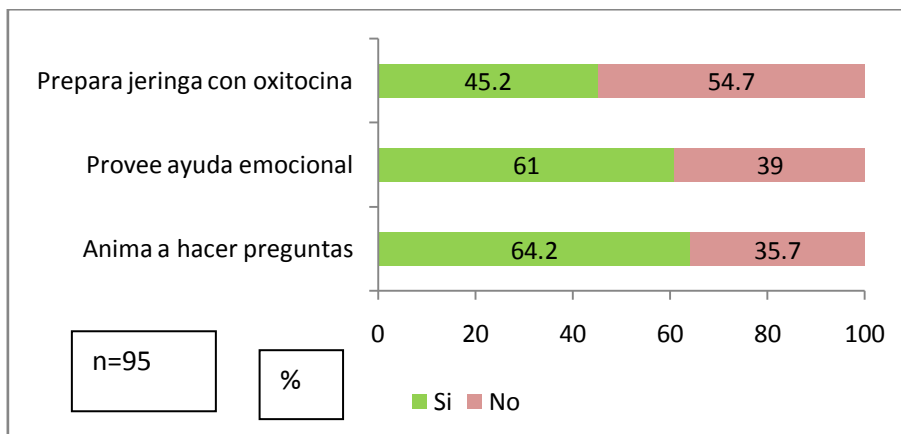
Gráfico 6: Distribución porcentual del personal que atendió los partos, según su formación profesional. Río Blanco, 2012.



Cumplimiento de actividades normadas para el parto.

En los 95 partos observados, las actividades preparatorias fueron cumplidas en un rango entre 45% siendo cargar una jeringa con oxitocina la de menor cumplimiento y 64% anima hacer preguntas. (Gráfico 7).

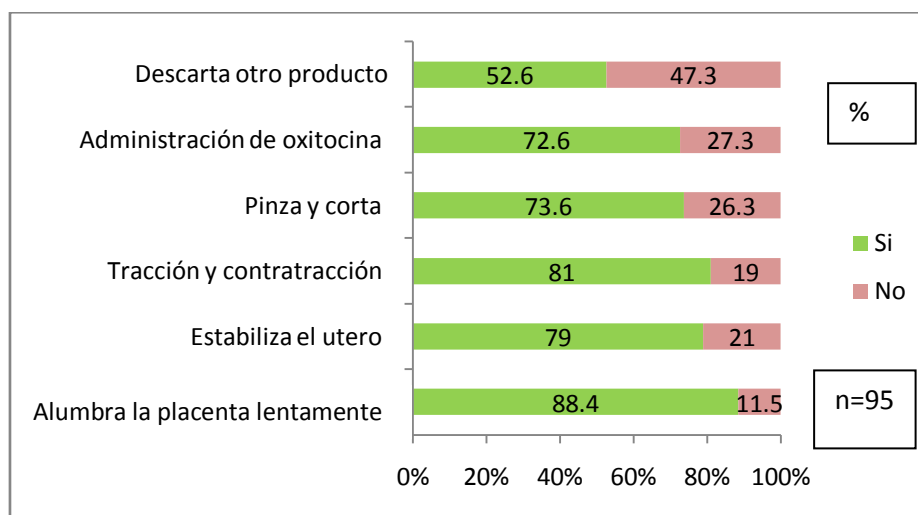
Gráfico 7: Distribución porcentual de los partos, según si se cumplieron o no las diferentes actividades preparatorias para el parto. Río Blanco 2012.



Cumplimiento de las actividades normadas para el alumbramiento.

De los 95 partos observados, las actividades para la atención del alumbramiento se cumplieron en un rango entre un 52% y 88%, siendo la falla más frecuente no proceder a descartar la presencia de un segundo bebé en el útero. (Grafico 8).

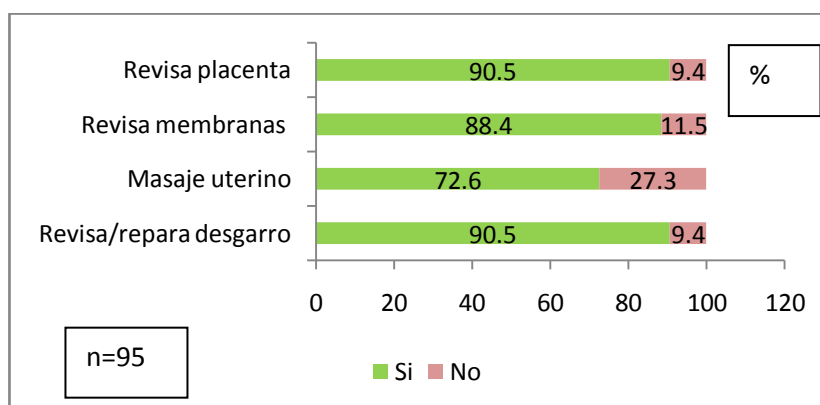
Grafico 8: Distribución porcentual de los partos, según si se cumplieron o no las diferentes actividades para el alumbramiento. Río Blanco 2012.



Cumplimiento de las actividades normadas para el post- alumbramiento.

Las actividades normadas para la atención del post-alumbramiento fueron cumplidas en un rango entre 72% y 90%, siendo el masaje uterino el de menor cumplimiento (Grafico 9).

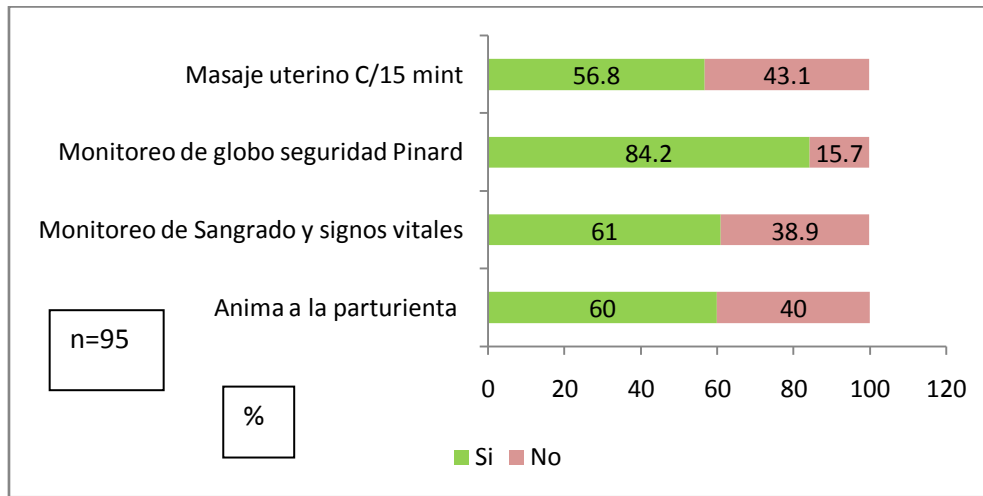
Grafico 9: Distribución porcentual del personal que atendió parto, según si se cumplieron o no las diferentes actividades normadas para el post-alumbramiento. Río Blanco 2012.



Cumplimiento de las actividades normadas para el puerperio inmediato.

El cumplimiento de las actividades de monitoreo del puerperio inmediato estuvo en un rango entre 56% y 84%, siendo el masaje uterino cada 15 minutos la actividad que menos se cumplió (Grafico 10).

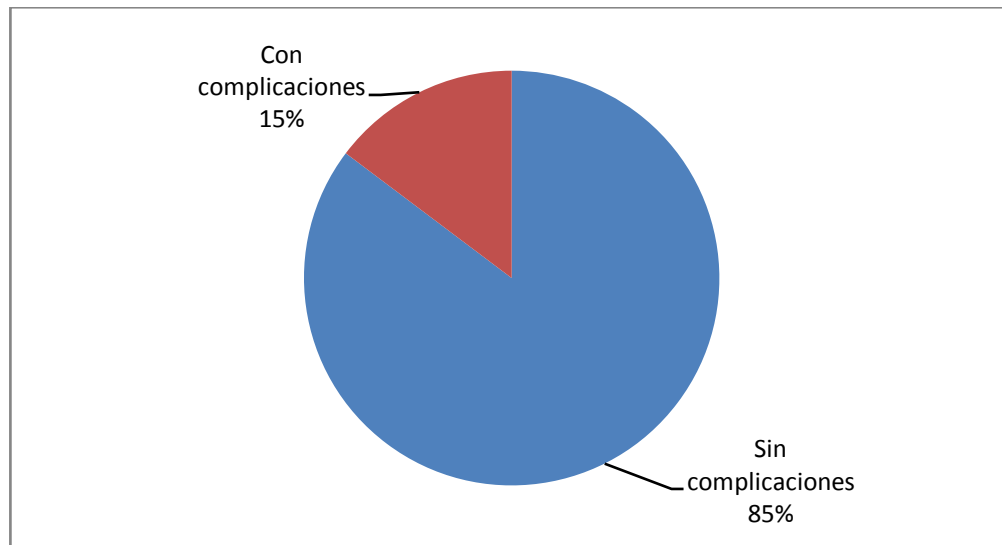
Grafico 10: Distribución porcentual del personal que atendió partos, según si se cumplieron o no las diferentes actividades normadas para el puerperio inmediato. Rio Blanco, 2012.



C- Complicaciones postparto:

De los 95 partos observados, 81 (85.2%) estuvieron sin complicaciones (gráfico 11).

**Gráfico 11: Distribución porcentual de los partos, si tuvieron o no complicaciones.
Río Blanco, 2012**



Todas las 14 complicaciones observadas correspondieron a hemorragias, cuyas causas fueron las siguientes:

- Restos placentarios: 7
- Hipotonía uterina: 4
- Retención placentaria: 2
- Desgarro de cuello uterino: 1

DISCUSIÓN

Conocimientos del personal de salud.

Al revisar los hallazgos del presente estudio en lo relativo a conocimientos del personal, en primer lugar cabe recordar que el cuestionario aquí empleado estaba basado principalmente en preguntas abiertas, que tienden a ofrecer resultados un poco diferentes de cuando se usan preguntas estructuradas, que en alguna medida pueden ayudar a recordar una respuesta. Consideramos que las preguntas abiertas reflejan mejor el conocimiento útil, el que está inmediatamente a mano de las personas, para guiar su actuación.

Tomando en cuenta lo anterior, los resultados del presente estudio revelan que la mayoría de los médicos y enfermeras que trabajan en este centro de salud, tienen conocimientos insuficientes del MATEP. En efecto, si bien todas las 21 personas que respondieron el cuestionario mencionaron el uso rutinario de oxitocina y la dosis en la que se administra, así como el momento apropiado para cortar el cordón umbilical, de manera general mencionaban de manera incompleta todas las actividades o aspectos relacionados con la correcta atención del tercer periodo del parto. De inicio, de las cuatro actividades que constituyen el MATEP, sólo la aplicación de oxitocina fue mencionada por todos, mientras que la tensión y contra-tracción, y el masaje uterino, fueron señalados por tres de cada cuatro personas, y el pinzamiento del cordón por sólo la mitad de ellas. En cuanto a las acciones a tomar en caso de retención placentaria, la situación es más seria, pues sólo el 38% señalaron las dos acciones que contempla la norma: la extracción manual y la aplicación de oxitocina; 33% citaron sólo una de estas acciones, y 29% no mencionaron ninguna de ellas. Acerca de las condiciones a vigilar en el puerperio inmediato, aunque todos mencionaron el sangrado y la presión arterial, sólo 62% señaló el globo de seguridad de Pinard. Sobre las acciones a tomar después de la expulsión de la placenta, sólo 42% mencionó ambas: masaje uterino y descartar restos placentarios; cada una de estas acciones por separado fue mencionada por dos de cada tres personas. Por último, también fueron mencionadas de manera incompleta las posibles medidas a tomar en caso de una hemorragia postparto: la aplicación de oxitocina fue la acción señalada por mayor proporción de las personas (80%), mientras que la aplicación de ergonovina, tratar la causa del sangrado y la transfusión sanguínea eran citadas sólo por cuatro de cada 10 personas.

Los médicos en servicio social fueron los que tuvieron mejor nivel de conocimientos, seguidos de las enfermeras obstétricas, mientras que los médicos y enfermeras generales son quienes mostraron mayores debilidades.

Al tratar de valorar la situación particular de Rio Blanco en cuanto a conocimientos del personal sobre el MATEP, se ha tenido dificultad de encontrar poca información sobre lo que ocurre en otros centros asistenciales, que sirva como base de comparación. El estudio encontrado que ofrece mayor información al respecto fue uno realizado por USAID, en

cinco SILAIS, en el año 2010 (17), donde también se reportan los resultados de un estudio anterior, también realizado por USAID en todos los SILAIS del país, en el año 2005. Este estudio muestra que el porcentaje de respuestas en el total del personal encuestado correctas en lo relativo al MATEP era de 58% en el año 2005, y de 72% en 2010; entre personal de centros de salud sin camas, como es el caso de Río Blanco, las cifras correspondientes eran de 72% y 78%. Al igual que en el presente estudio, en el realizado por USAID se encontraba que los médicos en servicio social son quienes tenían mejores niveles de conocimiento. (17).

Evaluación de las prácticas.

En consonancia con la Ley de Salud, que manda que la atención del parto la realice el personal de mayor capacidad resolutive, en el centro de salud de Río Blanco la gran mayoría de los partos (86%) fueron atendidos por médicos.

Según las normas, una buena aplicación del MATEP comienza con algunas actividades preparatorias, antes del parto: brindar ayuda emocional, animar a realizar preguntas y preparar una jeringa de oxitocina (14). Hubo un deficiente cumplimiento de las mismas, pues se realizaron en 61%, 64% y 45% de los partos, respectivamente.

Las distintas acciones contempladas para el alumbramiento y para el post-alumbramiento, fueron cumplidas entre un 52% y 90%, lo que también constituye una debilidad. Un hecho que resulta muy llamativo es que la aplicación de oxitocina, una de las actividades básicas del MATEP, fue cumplida sólo en 72% de los partos. En un estudio anterior en el Hospital Bertha Calderón, el cumplimiento fue de 100% (16).

Los resultados muestran que las diferentes acciones contempladas en las normas para el puerperio inmediato, fueron cumplidas entre un 56% y 84% de los partos; la menos cumplida fue el masaje uterino, que se dio al 56.8% de las mujeres.

Complicaciones:

La cifra relativa a la frecuencia de la hemorragia postparto encontrada en el presente estudio es de 15%, aunque no se pudo realizar la comparación con las cifras de hematocrito, antes y después del parto, como se había previsto al diseñar el estudio debido a la falta de reactivos en el laboratorio del centro de salud de Río Blanco, se catalogó como hemorragia en base a los signos y síntomas clínicos observados de acuerdo a lo planteado en la norma. La cifra de complicaciones en este estudio es elevada, en comparación con otros dos estudios en el país, que reportan una frecuencia de 2.3% y 3.7% lo que puede influir en estos dos estudios es que fueron realizados en hospitales (Bertha Calderón y Oscar Danilo Rosales), que cuentan con atención o supervisión por especialistas y mejor equipamiento. (12, 16),

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio, los conocimientos y las prácticas del personal del centro de salud de Río Blanco sobre las normas relativas al manejo activo del tercer período del parto distan de ser óptimas, presentando un porcentaje de un 45% en cuanto a los conocimientos del personal sobre este tema. En efecto, la mayoría mencionó de manera incompleta las cuatro actividades que comprende el MATEP, así como las medidas a tomar en caso de una retención placentaria, los aspectos que deben ser vigilados en el puerperio inmediato, las acciones a tomar después de la expulsión de la placenta y el tratamiento de la hemorragia postparto. Los médicos en servicio social fueron los que mostraron mejores conocimientos, mientras que los médicos y las enfermeras generales tuvieron el nivel más bajo.

En cuanto a las prácticas, también hubo un insuficiente cumplimiento de las actividades normadas, en los diferentes momentos: actividades preparatorias del parto, alumbramiento, post-alumbramiento y puerperio inmediato. Cabe señalar al respecto que en 26 de los 95 partos observados, no se administró oxitocina a las pacientes.

La hemorragia postparto ocurrió en 15% de los partos, presentando un índice alto, siendo esto debido al déficit que mostro el personal de salud en cuanto a los conocimientos y aplicación de las normas. Algunas de estas complicaciones se presentaron en pacientes que no habían recibido oxitocina.

RECOMENDACIONES.

Analizar con todo el personal del centro de salud de Rio Blanco los resultados del presente estudio, y realizar capacitaciones sobre MATEP para así mejorar los conocimientos y su aplicación.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Flórez Mejía, O. Contreras, L. Morales, M. Palacios, S. Rodríguez, E. Dávila, E. et. Al. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Ministerio de salud. Génesis Impresiones. Managua. Nicaragua. Diciembre del 2006.
- 2- Martínez Vilma; Tesis: Manejo Activo del tercer periodo del parto y la hemorragia postparto. Hospital Fernando Vélez Paíz. Universidad Managua- Nicaragua. Octubre 2004.
- 3- Contreras, L. Morales, M. Palacios, S. Rodríguez, E. Dávila, E. Reducción de la Mortalidad Materna en el nuevo milenio. Avances y desafíos para el progreso. Vol. 2. P: 12-16. Mangua, Nicaragua Febrero. 2003.
- 4- Flórez Mejía, O. Contreras, L. Morales, M. Palacios, S. Rodríguez, E. Dávila, E. et. Al. Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido. Ministerio de salud. Normativa 011. 1ra edición. Génesis Impresiones. Managua. Nicaragua. 2008.
- 5- Pérez Sánchez A. Hemorragia Posparto. Emergencias Obstétricas. Emergencias Obstétricas. 3er edición (reimpresión). Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. 1999. Capítulo 20. Página 318-327 y capítulo 21 Página 328-335.
- 6- Vélez G, Méndez A, Gómez G; Tesis: Guía de manejo integral del tercer y cuarto periodo del parto para mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Universidad de Colombia. Editorial Medellín. Septiembre, 2007.
- 7- Schwarcz. R.L. Obstetricia. 5 ed. (2ª reimpresión). Buenos Aires. El Ateneo. 1999. Capítulo 11 Página 410-415 y Capítulo 12 Página 534-542.

- 8- Abalos, E. Asprera, I. García, O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia postparto. Dirección Nacional de la Maternidad e infancia. Argentina. Noviembre 2006. Vol.6. p: 124.
www.msal.gob.ar7promin/archivos/pdf/guía-hemorragia.pdf.
- 9- Figueroa A, Narváez E. Manual práctico de estudio de Utilización de Medicamento. I edición. Managua. Nicaragua. Génesis Impresiones. Junio 2003.
- 10- The Cocchrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1(Base de datos en internet). Oxford. Prendiville WJ, El bourne D, Mc Donald S. Sintometrina Profiláctica vs oxitocina en el Alumbramiento (translate Cochrane Review). In: The Cochrane Library.
- 11- Martínez Margarita. Tesis: Evaluación del manejo activo del tercer periodo del parto y la hemorragia postparto. Hospital Alemán Nicaragüense. Universidad Managua Nicaragua. Noviembre 2000.
- 12- Pereira, Sheila. Tesis Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia postparto en la sala de labor y parto. Hospital escuela Oscar Danilo Rosales. Arguello. Universidad León- Nicaragua. 2005-2007.
- 13- Mosellas, F. Ibañez, K. Alumbramiento Patológico. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Dpt Ginecología y Obstetricia. Biblioteca. Vitanet. Cl/ Colecciones/ 600/610/.../ Chile-Alumbramiento. Pdf. Formato de archivo: PDF/ Adobe Acrobat. Vol.2
- 14- Dávila, K. Berrantes, M. Normas de Humanización del parto institucional. Normativa N-042. Edición 1. Managua-Nicaragua. 2010.
- 15- Aráuz P. Tesis: Manejo de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital escuela Bertha Calderón Roque. Universidad Managua, Nicaragua. Marzo 2012.

- 16- Martínez E. Tesis: Calidad de la atención del puerperio fisiológico inmediato. Hospital Bertha Calderón. Universidad Managua, Nicaragua. Enero 2011.

- 17- Wong, Y. Urbina, L. Bowser, D. (USAID). Evaluación de competencias del personal médico y enfermería que brinda atención del embarazo, parto y puerperio, recién nacido y sus complicaciones en cinco SILAIS. Nicaragua. Comparativo 2005-2010.

- 18- Córdoba M. Tesis Manejo activo del tercer periodo del parto versus manejo expectante del mismo en mujeres atendidas en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. Universidad León Nicaragua. Septiembre 2002 y enero 2003.

ANEXOS

Anexo 1:

Guía de observación de la atención del tercer período del parto

Ficha: _____ Hora del parto: _____ N0 de expediente: _____

Nombre de la Paciente: _____

Atendido por: Médico General ___ Enfermera Obstetra: ___ MSS ___ Enf. General: ___

Asistente: _____

A) Preparación:

Parámetros:	Si(1)	No(2)
Anima a la parturienta a preguntar:		
Le provee ayuda emocional		
Prepara/ carga una jeringa con oxitocina:		

B) Procedimientos

Parámetros:	Si(1)	No(2)
Palpa el abdomen y descarta la presencia de otro/s bebe/s		
Administra oxitocina: Dosis y momento correcto: ___(1); dosis correcta pero momento incorrecto ___(2); Momento correcto pero dosis incorrecta: ___(3); No aplicó ___(4)		
Pinza y corta el cordón umbilical cuando deja de pulsar.		
Durante la contracción, aplica tensión controlada del cordón para alumbrar la placenta: tensión suave, firme y uniforme.		
Con la otra mano encima del pubis, estabiliza el útero y previene la inversión uterina aplicando contra-tracción durante la tensión controlada del cordón.		
Alumbra la placenta lentamente, sosteniéndola con ambas manos. Alumbra las membranas suavemente con movimientos de rotación.		

C) Acciones una vez que la placenta es alumbrada:

Parámetros:	Si(1)	No(2)
Revisa si la placenta está completa		
Revisa si las membranas están completas.		
Después de la inspección de la placenta y las membranas, inmediatamente masajea el fondo uterino a través del abdomen hasta que el útero se contrae. Asegurando/a que el útero no se relaje, deja de hacer el masaje.		
Examina cuidadosamente a la mujer y repara desgarros del cuello, vagina, periné o repara la episiotomía.		

D) Pasos Post-procedimientos: Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto:

Parámetros:	Si(1)	No(2)
Realiza masaje uterino cada 15 minutos en las primeras dos horas.		
Monitorea el globo de seguridad de Pinard asegurándose que el útero permanece firmemente contraído.		
Monitorea el sangrado vaginal y los signos vitales cada 15 minutos durante las dos primeras horas.		
La anima a preguntar y contesta sus inquietudes.		

Monitoreado por: _____

Anexo 2:

Cuestionario para evaluar conocimientos del personal de salud.

Mediante el presente Cuestionario Auto-administrado, pretendemos evaluar sus conocimientos en base a la norma de atención del parto de bajo riesgo, los resultados obtenidos por cada cuestionario serán manejados de manera confidencial por las autoras de dicho estudio, gracias.

1. ¿En qué consiste el manejo activo del tercer período del parto? ¿Cuáles son sus componentes?
2. ¿Qué medidas deben de tomarse si la placenta queda retenida después de 30 minutos del parto?
3. ¿El MATEP Contempla el uso de algún medicamento? ¿En qué dosis? ¿En qué momento? ¿En qué vía?
4. ¿Qué condiciones de la paciente deben de vigilarse (controlarse) en el puerperio inmediato?
5. ¿Cómo es la conducta a seguir después de la expulsión de la placenta?

6. ¿En qué momento se debe de pinzar el cordón umbilical?

7. ¿Describa el manejo de la hemorragia postparto?

8. Ud. es: Médico en servicio social___(1); Médico general___(2); Enfermera obstétrica___(3); Enfermera general:___(4);

9. ¿Cuánto tiempo tiene de haber egresado de su carrera?