



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS”**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TITULO**

**CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL  
ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL FELIPE HUAMÁN POMA DE AYALA, PUQUIO-AYACUCHO. AGOSTO  
2012 – MAYO 2013.**

**PRESENTADO POR:**

**Bachiller: ORMEÑO PARIONA, MARÍA ALEJANDRA**

**ICA - PERÚ**

**2015**

**Dedicatoria:**

Esta tesis la dedico a mis padres Heddy Victoria Pariona Huamani y José Ormeño Cabrera a quienes le debo toda mi vida y que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a esta instancia de mis estudios.

**Dedicatoria:**

A mi Abuelo que a pesar que ya no está conmigo le agradezco por todo lo que en vida me otorgo. A mis Docentes por estar conmigo y apoyarme siempre incondicionalmente.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por darme salud, sabiduría y entendimiento porque hiciste realidad este triunfo personal.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mis padres por su apoyo incondicional, confianza y las mejores enseñanzas para poder ser una mejor persona y que Dios les otorgue salud, bienestar y que los bendiga siempre.

A mis abuelos quienes fueron, mi más grande motivación en esta tesis, para poder llenarlo de orgullo a pesar que ya no este conmigo.

A mi familia por el apoyo y acompañamiento incondicional que siempre me brindan.

A los profesionales quienes me inculcaron los mejores conocimientos, la motivación, la responsabilidad humana y social para realizarme como una excelente profesional.

Y a las personas que de una u otra manera me ayudaron teniendo paciencia, dando ánimo y acompañamiento en la realización de este trabajo

## RESUMEN

Las hemorragias posparto constituyen una de las principales complicaciones en el trabajo obstétrico, particularmente en los países en vía de desarrollo, de ahí que el presente trabajo de investigación ha planteado como objetivo identificar las principales causas de hemorragias ocurridas en el periodo de alumbramiento en parturientas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio.

La investigación prospectiva, transversal, descriptiva se realizó con una muestra de 176 parturientas de las cuales 25 presentaron hemorragias en la etapa de alumbramiento dirigido, en quienes se verifico hemorragia desencadenante de signos y síntomas de alarma, aplicando luego una encuesta que consigno datos generales y Gineco obstétricos relevantes para el trabajo.

Se determinó el 14.2% de hemorragias ocurridas en el periodo de alumbramiento dirigido en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio – Ayacucho, las principales causas de hemorragias se relacionaron con: retención de restos placentarios en un 8,52%, por atonía uterina 3,41%, retención de placenta 2,27%, la edad y el grado instruccional de las gestantes, así como la paridad, duración del trabajo de parto y problema placentario mostraron relación estadísticamente significativa con la hemorragia del periodo de alumbramiento dirigido.

Se concluye que las hemorragias posparto en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala se mantienen a pesar del protocolo de alumbramiento dirigido.

Palabras claves: hemorragia posparto, alumbramiento dirigido.

## ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is one of the major complications in obstetric work, particularly in developing countries; hence this research has set targets to identify the main causes of bleeding occurred in the period of delivery in pregnant women served in the service of Obstetrics Gynecology Hospital Felipe Huaman Poma de Ayala, Puquio

The prospective , cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 25 parturient with postpartum hemorrhage at the stage of delivery directed in whom bleeding trigger signs and symptoms of alarm was verified , then applying a survey consign general data and obstetric gynecology relevant for work.

8% of bleeding occurred in the period of delivery aimed at pregnant women at the service of Obstetrics Gynecology Hospital Felipe Huaman Poma de Ayala was determined Puquio - Ayacucho , the main causes of bleeding were related to : retention of placental remains in a 8,52%, uterine inertia 3,41%, retained placenta 2,27%, age and degree of instructional pregnant and parity , duration of labor and placental problems showed statistically significantly associated with hemorrhage guided delivery period .

It is concluded that postpartum hemorrhage in the service of Obstetrics and Gynecology Hospital Felipe Huaman Poma de Ayala remain despite the targeted delivery protocol.

Keywords: postpartum hemorrhage, guided delivery.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Delimitación de la investigación.....	13
1.3. Formulación del problema.....	13
1.4. Objetivos de la investigación.....	13
1.4.1. Objetivo general.....	13
1.4.2. Objetivos específicos.....	14
1.5. Justificación e importancia de la investigación.....	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	25
<b>CAPÍTULO III: VARIABLES.....</b>	<b>39</b>
3.1. Hipótesis General.....	40
3.2. Variables dependientes.....	40
3.3. Variables independiente.....	40
3.4. Variables intervinientes.....	40
3.5. Operacionalización de variables.....	40

<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN...</b>	<b>43</b>
4.1. Diseño de la investigación.....	44
4.1.1. Tipo de la investigación.....	44
4.1.2. Nivel de la investigación.....	44
4.1.3. Método.....	44
4.2. Población y muestra de la investigación.....	44
4.2.1. Población.....	44
4.2.2. Muestra.....	44
4.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	46
4.3.1. Técnica.....	46
4.3.2. Instrumento.....	46
4.4. Formulación del Chi 2.....	46
<b>CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>	
<b>DE RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
DISCUSION.....	59
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	63
FUENTE DE INFORMACION.....	64
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
Cuestionario estructurado.....	69

## INTRODUCCION

El sangrado durante el parto es un hecho inevitable debido a que la circulación útero placentaria que alcanza un promedio de 500-700 ml/min al final de la gestación hace que el desprendimiento normal de placenta tenga como consecuencia un abundante sangrado; por ello, cuando ocurre la concepción y empieza la gestación, el organismo materno se prepara para la culminación de este proceso mediante modificaciones anatómicas y fisiológicas, como la hipervolemia, que viene a ser el incremento del volumen sanguíneo, que compensará la pérdida sanguínea que ocurre durante el parto y con mayor frecuencia durante el periodo de alumbramiento, fundamentalmente en las primeras 2 horas post parto. La hemorragia posparto, en su mayoría causada por atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. (1, 5,17, 21)

Aunque la hemorragia post parto se define, de manera clásica, como la pérdida hemática superior a 500 ml en el parto vaginal, y superior a 1000 ml en el parto por cesárea, es complicado encontrar una adecuada definición sobre la hemorragia obstétrica por la falta de consenso sobre lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva y consecuentemente no es una definición satisfactoria, por lo que al no existir una preparación adecuada en la estimación de las pérdidas sanguíneas es muy habitual obtener unos valores inadecuados, subestimando frecuentemente las pérdidas, intentando también definirla como la disminución del 10% de los valores de hematocrito, que tampoco cubre las expectativas porque la medición de los valores se suele retrasar y además puede no reflejar el estado hemodinámico actual del paciente, por lo que también se ha propuesto como definición clínica la necesidad de transfusión. (1, 5, 20, 21)

Sin embargo en un intento de combinar la presentación clínica con datos objetivos, la hemorragia obstétrica puede ser definida como el sangrado excesivo que provoca síntomas como debilidad, vértigo, síncope, y/o signos de

hipovolemia como hipotensión, taquicardia u oliguria, cuadros que únicamente ocurrirán cuando el paciente haya perdido una cantidad importante de sangre.

En consecuencia, se refiere que cada día mueren unas 1000 mujeres por causas prevenibles relacionado con el embarazo y parto, donde el 99% se produce en países en vías de desarrollo y el 1% en países desarrollados, siendo las principales causas de muerte, las hemorragias y la hipertensión, en tanto que en los países desarrollados lo constituyen el embolismo líquido amniótico (29.41%), hipertensión – eclampsia (23.52%); hemorragia obstétrica (17.64%) y sepsis (17.64%). <sup>(8, 12)</sup>

Para nuestro país, las estadísticas reportadas por el MINSA (2013) sostienen que las hemorragias del embarazo están aún como la primera causa de muerte materna debidas fundamentalmente a trabajos de parto prolongado o precipitado, sobredistensión uterina por embarazo múltiple, placenta previa, multiparidad, retención de restos placentarios y otros que pueden concluir en atonía uterina y consecuentemente poner en peligro la vida de la mujer o exponerlas a secuelas graves. <sup>(8)</sup>

Bajo este contexto, y considerando la escasa información sobre este problema obstétrico en esta parte del país, es que se realizó el presente trabajo de investigación, con el objetivo de determinar las principales causas de hemorragias ocurridas en el periodo de alumbramiento dirigido en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio – Ayacucho, durante el período Agosto – Mayo 2013.

# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Una vez que se produce la expulsión del feto a través del canal del parto, generalmente continúan las contracciones uterinas, que expulsan la placenta y ayudan a comprimir los vasos sangrantes del área donde estaba insertada. Si estas contracciones no son lo suficientemente fuertes (atonía uterina) los vasos sanguíneos sangran profusamente y se produce la hemorragia, comportándose como la causa más frecuente de la hemorragia posparto, siendo responsable de casi la mitad de todas las muertes en los países en desarrollo. Dentro de las hemorragias, la que mayor magnitud y severidad adquiere es la que se presenta en el periodo del alumbramiento y puerperio inmediato. <sup>(4)</sup>

Schwarcz, R, y Cols. (2008), informan que de una encuesta realizada en 28 maternidades de América Latina, sólo el 9% de mujeres recibían manejo activo del alumbramiento. Una encuesta realizada a 2040 participantes a un curso del Centro Latino Americano de Perinatología entre los años 1996 y 2001, ante la pregunta: ¿de qué tipo de manejo durante el alumbramiento se implantaban en los hospitales? El 95% de los mismos respondió que realizaban manejo expectante del alumbramiento debido a la falta del conocimiento del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, desconociendo los beneficios que podía tener este. <sup>(16)</sup>

---

<sup>4</sup>Departamento de Gineco-Obstetricia. Guías de práctica clínica. Hospital Santa Rosa. Lima. 2008.

<sup>16</sup>Schwarcz R. y Cols. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay. 2008

En el Perú la hemorragia post parto representa una de las primeras causas de mortalidad materna hospitalaria. (MINSA, 2013) <sup>(8)</sup>

Actualmente en el Hospital Regional de Ayacucho, se ha protocolizado el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia; pero, a pesar de ello, durante el año 2012, se presentaron 14 pacientes como causa de muerte obstétrica que corresponden al 0.4% de un total de 3283 pacientes atendidas en dicho servicio. Por ello nace la inquietud de estudiar las causas de la hemorragia posparto en mujeres que han tenido alumbramiento dirigido.

En la ciudad de Ayacucho en el año 2013 se han reportado 8 muertes maternas en las cuales 4 fueron por hemorragia post parto.

Algunas mujeres corren más riesgo que otras de sufrir hemorragias posparto. Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de hemorragia se incluyen: al desprendimiento temprano de la placenta implantada en el útero, placenta previa, retención de restos placentarios, sobredistensión del útero, embarazo múltiple, hipertensión inducida por el embarazo, multiparidad, trabajo de parto prolongado, infección, obesidad, medicamentos para inducir el trabajo de parto y para detener las contracciones, anestesia general. Asimismo, la hemorragia posparto también puede deberse a otros factores, entre los que se incluyen: desgarro del cuello uterino o de los tejidos vaginales, desgarro de los vasos sanguíneos uterinos, sangrado en un área o espacio tisular oculto de la pelvis que evoluciona como un hematoma, generalmente en la vulva o el

---

<sup>8</sup>MINSA. Hemorragia vaginal post parto. Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 2013

área vaginal, coagulación intravascular diseminada, placenta ácreta, placenta increta, placenta percreta. <sup>(15)</sup>

## **1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION**

El manejo activo del alumbramiento utilizando los tres componentes recomendados por las guías nacionales; los cuales son las reuniones, motivación y capacitación del personal del Centro Obstétrico, está en el contexto de una población de gestantes parturientas que provienen de una zona rural, deprimida, culturalmente, socialmente y económicamente. Este trabajo se dirige a esta población de parturientas con riesgo a sufrir hemorragias posparto a pesar de haber recibido atención dirigida en el periodo de alumbramiento.

## **1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las causas de la hemorragia, ocurridas durante el periodo del alumbramiento dirigido en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio-Ayacucho, entre los meses de Agosto del 2012 a Mayo del 2013?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Conocer las causas de las hemorragias, ocurridas durante el periodo del alumbramiento dirigido en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio- Ayacucho, entre los meses de Agosto del 2012 a Mayo del 2013.

---

<sup>15</sup>Recursos de la Red. El embarazo de alto riesgo: hemorragia posparto. 2013

#### **1.4.2. OBJETIVO ESPECIFICO**

- Determinar la frecuencia de hemorragias ocurridas durante el periodo del alumbramiento dirigido en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio- Ayacucho
- Identificar las principales causas que conducen a hemorragias en el periodo del alumbramiento dirigido en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio- Ayacucho
- Relacionar las hemorragias ocurridas en el periodo del alumbramiento dirigido con los factores como: edad, condición socio económica, nivel de instrucción, paridad, edad gestacional y complicaciones del parto.

#### **1.5. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION**

Entre las causas de muerte materna, la más importante es la hemorragia posparto, responsable de la mitad de todas las muertes en países subdesarrollados. Esta hemorragia se produce cuando el sangrado del tracto genital es superior a 500 ml en las primeras 24 horas después del parto, definición que no es compartida por todos, pues algunos la definen a partir de 600 ml.

El shock subsecuente por la falta de cohibición de la hemorragia se presenta de forma rápida y la muerte ocurre en poco tiempo, aunque la mortalidad depende también de factores adicionales como la anemia, que en países pobres es más frecuente. También influyen el lugar y las

condiciones en que se produjo el parto, por la falta de disponibilidad de recursos para tratar la hemorragia.

Al Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, puquio- Ayacucho, acuden para su atención prenatal y posterior parto, gestantes generalmente humildes procedentes de estratos relacionados con problemas económicos, sociales y culturales, donde un porcentaje significativo de ellas acuden con complicaciones del embarazo y/o parto, que pone en riesgo la salud y el bienestar de la madre y del feto. Asimismo, la hemorragia posparto en el hospital es frecuente, siendo una de las primeras causas de morbilidad materna, por lo que el presente trabajo de investigación adquiere la debida importancia, porque con su ejecución permitirá ampliar los conocimientos de la eficacia del alumbramiento dirigido, así como identificar las principales causas que conducen a la hemorragia posparto, datos que servirán como base para la instalación de un tratamiento adecuado y disminuir la morbimortalidad materna por este problema obstétrico.

# **CAPITULO II**

**MARCO TEORICO**

## 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Dentro de los trabajos de investigación realizados por otros autores, se citan a los siguientes;

### A nivel internacional:

- **CHIRIBOGA DORADO ARÍ - 2013, “CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN A PRESENTAR HEMORRAGIAS POST-PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013”**. El objetivo de esta investigación es establecer las principales causas y los factores de riesgos que aumentan la incidencia de las hemorragias postparto con el fin de disminuir la morbi-mortalidad materna. Para realizar este trabajo se utilizó una investigación de tipo descriptivo y correlacional, el diseño de la misma fue no experimental y longitudinal-retrospectivo. La muestra está conformada por las 251 mujeres que presentaron hemorragias post parto en el Hospital Gineco obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo septiembre 2012- febrero 2013; El instrumento para la recolección de la información fue una ficha de recolección Los datos fueron asentados y tabulados en tablas estadísticas, para los cuales se realizaron cuadros y gráficos. Con los resultados de la investigación se concluyó que la causa de hemorragias que con mayor frecuencia se presentó fue la lesión del canal blando del parto; y el mayor factor de riesgo fueron las mujeres sometidas a conducción del parto con el uso de oxitócicos. <sup>(20)</sup>

- **BONIFAZ GUERRERO JESUS JAIRO - 2010, “HEMORRAGIAS POSTPARTO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA 2010”**. Es una investigación para determinar la frecuencia de hemorragia post-parto en pacientes atendidas en el H.P.G.D.R. durante el periodo de Enero - Junio 2010; utilizando 129 historias clínicas; se evaluaron las siguientes variables características generales, factores de riesgo, etiología de hemorragia post-parto y tipo de tratamiento.

De los resultados encontramos que 48% son casadas; el 68% son de nivel socio económico bajo; el 36 % con instrucción primaria y el 32% entre las edades comprendidas de 24 – 29 años; la anemia 27% como mayor factor de riesgo, en la hemorragia post parto como causa principal un 70% con alumbramiento incompleto; según el tipo de tratamiento el 38% requirió medicamentos de los cuales la oxitocina fue el más usado con 45%.

Es necesario que las Historias Clínicas se llenen de manera completa y correcta para mejorar la apreciación de los factores de riesgo de las pacientes y no dudar en efectuar el manejo activo del alumbramiento para disminuir la hemorragia post parto y mortalidad en el H.P.G.D.R. <sup>(21)</sup>

**- OROZCO YANZA YENNY PATRICIA – 2010, “FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES CON PUERPERIO INMEDIATO. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HOSPITAL PROVINCIAL PUYO. 2010”.** Se realizó un estudio transversal de Hemorragia Postparto en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Puyo, durante el periodo Enero – Agosto 2010, utilizando 725 Historias Clínicas, se tabularon del universo 43 casos , de los cuales, se evaluaron las siguientes variables; incidencias, características generales, causa principal, antecedentes Gineco - obstétricos y factores de riesgo.

De los resultados se encontraron 43 casos, el mayor número de casos corresponde al grupo de edad comprendido entre 28 – 34 años con el 37%; el 51% se encuentra en unión libre; el 65% pertenece al nivel socioeconómico bajo; dentro del grado de escolaridad en un 60%, tenían nivel de instrucción baja entre analfabeta e instrucción primaria; el 67% de pacientes fueron multigestas; el 42% tuvieron mal control prenatal entre 1 a 3.

Dentro de las principales causas de Hemorragia postparto destaca la Atonía uterina 42%. <sup>(22)</sup>

**- MARTÍNEZ, B. & RODRÍGUEZ, A. - 2010, “EFICACIA DEL MISOPROSTOL VS. OXITÓCICA EN EL MANEJO DEL PUERPERIO INMEDIATO PARA LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PARTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. LUIS RAZZETI, EN UN LAPSO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2009- MAYO 2010 EN BARCELONAEDO ANZOATEGUI”.**

El objetivo de este proyecto de investigación es demostrar la eficacia del Misoprostol vs. Oxitocina en el manejo del puerperio inmediato para prevenir hemorragias postparto en pacientes que acuden a la Sala de parto del hospital Universitario “Dr. Luís Razzeti “, en un lapso comprendido de Octubre 2009 - Marzo 2010, en Barcelona, Estado Anzoátegui. Metodología : En este estudio se contó con una muestra de 100 pacientes, la recolección de datos se obtuvo mediante observación directa y a través de formatos de recolección, luego los datos se codificaron y etiquetaron en función de la definición y diseño de las variables en estudio, se vaciaron en una matriz y fueron analizados en el programa SPSS 11.5 versión Windows (español); mediante pruebas de análisis de frecuencia y porcentaje no paramétricas; a través de la prueba binomial, realizándose la comprobación de la normalidad de las variables con la prueba de Kolgomorov-smirnov y posteriormente la comparación de estas en cada grupo de trabajo mediante la t de student. Resultados: Dentro del grupo de misoprostol se encontró que la media de edades fue de 22,98 años con DE (+/- 5,073), la edad gestacional arrojó una media de 38,434 con DE (+/- 2,570) y de paridad una media 1.36 con DE (+/- 1,675). El promedio de xvii hemoglobina preparto fue de 10,93 gr/dl con DE (1,226) mientras que para el periodo postparto fue de 9,818 gr/dl con DE (+/- 1,398), en relación al hematocrito preparto arrojó un resultado de 34,448% con DE (+/- 3,617) y en el postparto resultó 31,222% con DE (+/- 4,126). Para el grupo que recibió oxitócina se encontró que la media de edades fue de 22,40 años con DE (+/- 5,326), de edad gestacional fue de 38,600 con DE (+/- 1,666) y de paridad arrojó 1,38 con DE (+/- 2,029). El promedio de hemoglobina y hematocrito preparto fueron de 10,71gr/dl con DE (+/- 1,032) y 34,032% con DE (+/- 2,871) respectivamente y postparto de 9,672gr/dl con DE (+/- 1,547) y 30,296% con DE (+/- 4,712) respectivamente. Conclusiones: El misoprostol administrado por vía transrectal a dosis de 200- 400 mcg es una alternativa eficaz y segura para la prevención

de la hemorragia postparto; sin embargo, se encontró que las variaciones de hemoglobina y hematocrito postparto para el grupo de misoprostol no son estadísticamente significativas al compararlas con el grupo de oxitócina. <sup>(23)</sup>

- **MENA LÓPEZ ANA VANESSA - 2008, “MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN NACIMIENTOS CEFALOVAGINALES Y PREVALENCIA DE ANEMIA POSTPARTO: EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO”**. Tiene como objetivo valorar la cantidad de sangrado y la disminución de hemoglobina/hematocrito con el manejo activo versus expectante en la tercera fase del labor del parto. Se realizó un ensayo clínico controlado, simple ciego, escogidos al azar con 150 mujeres embarazadas que terminaban su embarazo por vía céfalo vaginal en el Hospital Carlos Andrade Marín. De la población objetivo se tomó 75 pacientes para someterlas a manejo activo y 75 pacientes a manejo pasivo o expectante de manera aleatoria. Los puntos terminales fueron la cantidad de sangrado en la tercera fase del parto y la hemoglobina con el hematocrito al momento de ingreso hospitalario y 12 horas postparto.

Como resultado se encontró que la cantidad de sangrado en el manejo activo fue de 177.1 ml +- 127, mientras que en el grupo de manejo expectante es de 498.3 ml +- 290.6. El 36% de los pacientes de manejo activo presentaron anemia postparto y el 61.3% con el manejo expectante. <sup>(24)</sup>

- **RIVERO, MABEL I. Y OTROS - 2005, “HEMORRAGIA POSTPARTO: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO”**. Refiere que la edad media de la población fue  $25\pm 7$  años, gestas  $3,3\pm 3,9$ , con  $4,6\pm 1,9$  controles prenatales (64,2% en centros de atención primaria). Se identificaron 8 casos (7,3%) de HPP. La frecuencia de factores de riesgo durante el embarazo fue: primigesta 32%, RPM 16%, edad extrema  $<18$  o  $>35$  años 16%, gran múltipara 15% y anemia 14,7%. Por otro lado refiere que las causas de HPP fueron: hipotonía uterina 37,5%, retención de restos 37,5% y desgarro cervical 25%. La medicación utilizada para HPP fue oxitocina 75% y cefalotina 62,5%; se realizó además, masaje uterino 37,5%, legrado 37,5% y reparación del

desgarro 25%.

Concluye que la prevalencia de hemorragia posparto fue baja. A pesar de una elevada frecuencia de factores de riesgo, sólo la anemia se asoció a HPP. El manejo no fue sistematizado, dependiendo de la causa. La HPP se relacionó con una estadía hospitalaria más prolongada.

Por último demostró que el manejo activo del tercer periodo del parto y la utilización de oxitocina antes de la expulsión de la placenta fueron superiores a la conducta expectante en cuanto a mayor eficacia para la prevención de la hemorragia posparto. <sup>(25)</sup>

#### **A nivel nacional:**

**- ALTAMIRANO G. PAULA A. - 2012, "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL 2009. U.R.P. PERÚ".** Tiene como objetivo Determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia posparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Concluye que La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primígesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), el parto precipitado ( $p = 0.039$ ) y la episiotomía ( $p = 0.021$ ). Además Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia posparto la constituyen desgarro del canal del parto,

atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%. <sup>(26)</sup>

**- MORAGA LUIS Y OTROS - 2007, “HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN HOSPITAL MATERNO INFANTIL POR MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES”.** Tiene como objetivo Determinar los factores de riesgo para la hemorragia post parto en nuestra población y si la incidencia se incrementa con el nivel académico de la persona que atiende el parto. Según sus resultados se atendieron 33,900 partos del primero de enero de 2004 al 30 junio de 2006 de los cuales los médicos internos atendieron 23730 (70%) los residentes 9831 (29%) y otros 339 partos (1%). Se encontraron 44 (0.12%) casos de hemorragia post parto que cumplieron criterios de inclusión para el estudio, 26 (59.1%) de los partos fue atendido por médicos internos siendo multíparas 18 (43.2 %) y primígesta 8 (20.4 %). Los otros 18 casos (40.9%) fueron atendidos por médicos residentes, 11 multíparas (25%) y 5 primígesta (11.4%). 11 (25%) era menor de 19 años de edad, 29 (65.9) tenían entre 19 a 34 años de edad y 4 (9.1%) tenían 35 o más años. En 14 (31.8) existió alguna condición acompañante de la gestación. El parto fue inducido en 9 (20.5%), conducido en 15 (34.1%) y de evolución espontánea en 20 (45.4). En 27 (61.4%) existió trauma perineal (episiotomía y /o desgarro perineal). En 7 (15.9%) el peso del recién nacido fue inferior a 2500 gramos. En 34 (77.3%) el peso fue entre 2500 y 3999 gramos y en 3 (6.8%) el peso fue igual o supero a los 4000 gramos. En 33 (75%) se presentó alguna complicación en el parto y / o alumbramiento (hipotonía uterina, atonía uterina, inversión uterina y/o retención de restos placentarios). El 100 % de las pacientes requirió transfusión de al menos una unidad de sangre. En 26 (59.1%) la hemorragia post parto fue temprana y tardía en el resto.

En donde concluyeron que los factores de riesgo clásico para hemorragia no influyeron en gran medida al incremento de la incidencia de hemorragia post parto. La incidencia de hemorragia fue mayor en los partos atendidos por los médicos residentes debido a que estos atienden los partos patológicos. <sup>(27)</sup>

**- GUZMÁN V. CESAR - 2006, "EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y POST-PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES, TEMPRANAS Y TARDÍAS, EN EL INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL".** En su tesis manifiesta que durante la etapa del parto, las adolescentes tempranas presentaron mayor incidencia de desgarro vaginal y prematuridad en el parto vaginal; de otro lado, hubo una alta incidencia de cesáreas en ambos grupos con leve predominancia en las adolescentes tempranas, con una frecuencia de 1 cesárea de cada 3 adolescentes. Con relación a los factores etiológicos, para las adolescentes tempranas tuvo relevancia la estrechez pélvica, incompatibilidad feto-pélvica, mala actitud de presentación y prematuridad; mientras que para las adolescentes tardías fue el sufrimiento fetal agudo y la distocia funicular los factores más trascendentes.

La menarquia se presenta sobretodo en la adolescencia temprana (87.5%) con tendencia a ser cada vez más temprano, y respecto al inicio de su vida sexual la mayoría (78.2%) declaró que fue durante la adolescencia tardía, aunque un grupo significativo (21.8%) refirió que inició su vida sexual en la adolescencia temprana. <sup>(28)</sup>

**- ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL S. BERNALES - 2007, "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO: ESTUDIO CASO-CONTROL EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES - COLLIQUE, DURANTE EL PERÍODO DE ABRIL - OCTUBRE DEL 2007".** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles, donde se encontraron 86 casos hallándose una frecuencia de HPP de 3.03%(cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron: retención de restos placentarios (OR=9.75; p=0.001) todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné (OR= 6.09; P=0.005) igualmente todos los casos en partos por vía vaginal. Se encontraron dos factores asociados a HPP que tuvieron el valor de p significativo: la retención de coágulos y la coagulopatía por consumo, sin embargo al realizarse el análisis univariado y multivariado no se llegó a la conclusión de que fueran factores de riesgo por la proporción del número de

casos en relación a la muestra total. El promedio de la diferencia de Hto pre y postparto en los casos de HPP fue del 11.59% (12% en las cesáreas y 10% en partos por vía vaginal). <sup>(29)</sup>

#### **A nivel local:**

**- RIVERO M. Y COL - 2005 AYACUCHO. "INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POSTPARTO"**. Estudio observacional, prospectivo, multidisciplinario y descriptivo sobre el manejo del parto y puerperio inmediato durante los meses de enero y febrero del año 2005. La edad media de la población fue  $25\pm 7$  años, gestas  $3,3\pm 3,9$ , con  $4,6\pm 1,9$  controles prenatales (64,2% en centros de atención primaria). Se identificaron 8 casos (7,3%) de HPP. La frecuencia de factores de riesgo durante el embarazo fue: primígesta 32%, RPM 16%, edad extrema  $<18$  o  $>35$  años 16%, gran múltipara 15% y anemia 14,7%. Se presentaron enfermedades concomitantes en 16,6%, predominando la infección urinaria en 7,3%; vulvovaginitis en 5,6%; hipertensión arterial en 2,8%; obesidad en 2,9%; diabetes y asma en 0,9%. El 47,7% utilizó medicación durante el embarazo, y específicamente sulfato ferroso 34,4%. Durante el período intraparto, se identificaron factores de riesgo en 53 pacientes (49%), predominando la inducción con oxitocina en 20,2%; episiotomía en 18,3%, rotura prematura de membrana en 5,5%; uso de sulfato de magnesio 1,8%; parto prolongado 0,9%; cesárea previa 0,9% y agotamiento por trabajo de parto prolongado 0,9%. El manejo activo del tercer período del trabajo de parto fue incompleto, utilizándose oxitocina en 100% y tracción en 96,3%.

Las causas de HPP fueron: hipotonía uterina 37,5%, retención de restos 37,5% y desgarro cervical 25%. La medicación utilizada para HPP fue oxitocina 75% y cefalotina 62,5%; se realizó además, masaje uterino 37,5%, legrado 37,5% y reparación del desgarro 25%. <sup>(30)</sup>

## 2.2. BASES TEORICAS

### 2.2.1. ALUMBRAMIENTO

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación en este periodo es la HPP, que NO debe durar más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo y en el dirigido no debe durar más de 15 minutos.<sup>10, 13</sup>

#### Etapas del alumbramiento

- a) Reposo Clínico: Ocurre a continuación de la expulsión del feto. El útero disminuye de volumen, la madre siente alivio, inicialmente disminuyen las contracciones y luego se reanudan con mayor intensidad y frecuencia pero indoloras.
- b) Desprendimiento: La retracción uterina genera una disminución de la superficie del útero, la placenta y las membranas que siguen adheridas a la cavidad uterina, se pliegan entre sí, produciendo una zona de desprendimiento en la decidua. Hay 2 mecanismos:
  - Mecanismo de Baudeloque – Schultze: (93%) el desprendimiento se presenta en el centro de la placenta, formando un hematoma retro placentario.
  - Mecanismo de Baudeloque – Duncan: es menos frecuente en el cual el desprendimiento inicia en los bordes de la placenta por lo que el sangrado es precoz.

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud Hospital - Santa Rosa. Departamento de Gineco Obstetricia Guías de Práctica Clínica Médico Quirúrgica, Pág.11 2008.

<sup>13</sup> Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal - Ministerio de Sanidad y Política Social, Pág. 147, 2010

## **Signos clínicos**

- Sangrado: momento en el que se produce y cuantificarlo
  - Reparación de la dinámica uterina
  - Signo de Schroeder, útero palpable a 3cm supraumbilical y lateralizado a la derecha.
  - Signo placentario: es la sensación de pujo de la madre cuando la placenta ocupa la vagina.
- c) Descenso: Se produce por el hematoma retroplacentario, las contracciones uterinas, el peso de la placenta, anexos y la gravedad.
- d) Expulsión: Es la expulsión de la placenta y los anexos al exterior por los pujos y la presión abdominal.<sup>1,3</sup>

## **Clasificación**

- a) Alumbramiento espontáneo: Sin intervención médica.
- b) Alumbramiento dirigido: estimulación de la dinámica uterina con oxitocina.
- c) Alumbramiento corregido: con el uso de maniobras como el masaje suprapúbico para acelerar el desprendimiento, descenso y expulsión de la placenta.
- d) Alumbramiento manual: Es el desprendimiento digital y extracción manual de la placenta.<sup>1,3</sup>

---

<sup>1</sup> Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto - Correspondencia Dr. Andrés Calle M. - Rev. Per Gin Obst 2008

<sup>3</sup> Manejo Activo Alumbramiento, NELLY PINILLOS GUZMAN 30,48

## **Asistencia del periodo de alumbramiento**

Inmediatamente expulsado el feto, se hace la sección del cordón cogiendo con una pinza el resto del cordón que queda con la placenta, se determina el fondo uterino y su consistencia. Se espera a que se produzcan los signos clínicos de desprendimiento. Durante el periodo de reposo clínico se debe observar:

- Las facies
- El pulso
- La presión arterial
- La pérdida sanguínea
- Tamaño del útero

Después de verificar el desprendimiento de la placenta se debe recibir la placenta con la técnica adecuada antes de que caiga por su propio peso evitando de esta manera que se rompan las membranas o la retención de estas. Luego de la expulsión de la placenta se debe verificar la formación del globo de seguridad de Pinard para evitar el sangrado. Luego se procederá al examen minucioso de la placenta y sus anexos. <sup>19</sup>

### **2.2.2. ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO**

Es la estimulación de la dinámica uterina con oxitocina, conocido también como manejo activo del alumbramiento o la tercera etapa del parto. Consiste en la administración de un oxitócico como profiláctico a la salida del hombro anterior fetal o después del nacimiento, el

---

<sup>19</sup>Manual para la Práctica Clínica – Ministerio de Salud, Área de Ginecología y Obstetricia Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Septiembre de 2011

pinzamiento temprano y sección del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón para la extracción de la placenta. Este manejo activo tiene como finalidad la disminución del riesgo de pérdida sanguínea materna y de hemorragia post-parto, menos casos de anemia y menos necesidad de transfusión durante el puerperio.<sup>12</sup>

### **2.2.3. CONDUCTA ACTIVA VERSUS CONDUCTA EXPENTANTE EN EL ALUMBRAMIENTO**

Se han propuesto diferentes intervenciones para la conducta en el alumbramiento. La conducta activa incluye un grupo de intervenciones como la administración de profilaxis uterotónica en el momento o después del nacimiento del neonato, el pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón para la expulsión de la placenta. Por otra parte, la conducta expectante implica esperar signos de separación de la placenta y su expulsión espontánea, y el pinzamiento tardío del cordón umbilical, lo que quiere decir pinzar el cordón umbilical cuando han cesado las pulsaciones del mismo.

Uno de los componentes del enfoque de la conducta activa es la administración de profilaxis uterotónica en el momento o después del nacimiento del neonato. La administración de oxitocina profiláctica, independientemente de otros aspectos es la conducta en el alumbramiento,

La conducta activa en el alumbramiento fue evaluada en cinco estudios clínicos que incluyeron casi 6.500 mujeres en distintas

---

<sup>12</sup> OMS. Hemorragia post parto. Salud materno perinatal. 2008

maternidades. La conducta activa estuvo asociada con una reducción en la incidencia de pérdida de sangre, hemorragia postparto, necesidad de transfusión de sangre, alumbramiento prolongado y anemia materna; no obstante, también se asoció con un mayor riesgo de náuseas, vómitos y aumento de la presión arterial en la madre. No se evidenciaron efectos adversos evidentes en el neonato.

El uso de oxitocina reduce a la mitad el riesgo de hemorragia postparto de > 500 ml de pérdida de sangre y disminuye el riesgo de hemorragia postparto severa (pérdida de sangre > 1.000 ml) en comparación con placebo/ningún uterotónico. Además, se observó una reducción significativa en el uso de uterotónicos adicionales y ninguna diferencia en la necesidad de transfusiones de sangre o extracción manual de la placenta en los subgrupos especificados previamente.<sup>8</sup>

En comparación con los agentes uterotónicos inyectables convencionales, el índice de hemorragias postparto severas y el uso de uterotónicos adicionales fueron estadística y significativamente mayores con el uso de 600 µg de misoprostol. Los resultados están nominados por el estudio de la OMS con gran número de pacientes; sin embargo, otros estudios clínicos demostraron la misma tendencia. No se observaron diferencias significativas en la hemorragia postparto severa con dosis más bajas (es decir, 500 µg o 400 µg). Las razones posibles podrían estar relacionadas con el menor número de mujeres estudiadas.

El uso de uterotónicos adicionales también fue significativamente mayor

---

<sup>8</sup>MINSA. Hemorragia vaginal post parto. Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 2013

al utilizar 400 µg de misoprostol en comparación con uterotónicos inyectables convencionales.<sup>12</sup>

En comparación con otros uterotónicos, las prostaglandinas por vía intramuscular estuvieron asociadas con una reducción en la pérdida de sangre. Debido a que los otros resultados fueron poco frecuentes, no fue posible obtener conclusiones confiables.

Los efectos secundarios relacionados con las prostaglandinas, en especial son los temblores, pirexia, náuseas, vómitos y diarrea, fueron frecuentes y constantes en todos los estudios clínicos.

#### **2.2.4. TÉCNICAS PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO**

Tres pasos para el Alumbramiento Dirigido:

- a. Administración de un Útero-tónico en el primer minuto después del nacimiento (oxitocina es la droga de elección)

##### **DROGAS DE ELECCIÓN:**

###### **Oxitocina:**

- Eficacia: droga de elección muy efectiva
- Tiempo de Respuesta: actúa en 2 a 3 minutos
- Dosis: 10 unidades IM
- Efectos Secundarios: mínimo

###### **Ergometrína:**

- Eficacia: efectiva
- Tiempo de Respuesta: actúa en 6 a 7 minutos
- Dosis: 0.2 mg IM

---

<sup>12</sup>OMS. Hemorragia post parto. Salud Materno perinatal. 2008

-Efectos Secundarios: nauseas, vómitos, cefaleas, hipertensión

-Contraindicación: Hipertensión arterial, enfermedad cardiaca.

**Misoprostol:**

-Eficacia: menos efectiva que la Oxitocina

-Tiempo de Respuesta: actúa en el útero en 6 minutos

-Dosis: 600 mcg

- Efectos Secundarios: escalofríos, hipertermia

b. Aplicar tracción controlada del cordón durante la contracción, al mismo tiempo que una contra tracción sobre el pubis.

- Pinzamiento del cordón cerca del periné, sosteniéndolo con una mano.
- La otra mano se coloca por encima del borde superior de la sínfisis púbica para estabilizar el útero, contra tracción para evitar la inversión uterina.
- Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción fuerte (2' – 3')
- Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue traccionar delicadamente el cordón hacia abajo para extraer la placenta.
- Si después de 30" – 40" de tracción controlada del cordón la placenta no desciende, no continuar, sino esperar la contracción siguiente y repetir el procedimiento.

- Si se produce el arrancamiento de cordón umbilical podría ser necesario una extracción manual de la placenta.
- Nunca aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar contra tracción por encima del pubis con la otra mano.
- Nunca olvide revisar la placenta para detectar falta de cotiledones o membranas ovulares.

c. Masaje inmediato del útero después de la salida de la placenta.<sup>1</sup>

### **2.2.5. HEMORRAGIAS POST PARTO**

La hemorragia posparto es el sangrado anormal y excesivo proveniente del sitio de inserción placentaria, de traumatismos del tracto genital o estructuras adyacentes; es la pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.<sup>19</sup>

La contracción del útero constituye el mecanismo primario para el control de la hemorragia. Por esta razón la definición operacional debe considerar a toda mujer con sangrado genital excesivo después del parto y la aparición de signos y síntomas de hipovolemia e inestabilidad hemodinámica (hipotensión, taquicardia, oliguria, baja saturación venosa central de oxígeno, hiperlactatemia).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto - Correspondencia Dr. Andrés Calle M. - Rev. Per Gin Obst 2008

<sup>19</sup> Manual para la Práctica Clínica – Ministerio de Salud, Área de Ginecología y Obstetricia Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Septiembre de 2011

## **Clasificación**

### a) HEMORRAGIA POST PARTO TEMPRANA

Es la pérdida de sangre excesiva (mayor de 500 ml a más) durante las primeras 24 horas después de terminado el tercer periodo de trabajo de parto.

### **Factores predisponentes**

- Anestesia general.
- Trabajo de parto prolongado.
- Trabajo de parto precipitado
- Anomalías uterinas, leiomiomas, anomalías congénitas.
- Hiperdistensión uterina debido al embarazo múltiple.
- Hidramnios o Macrosomía fetal
- Placenta previa.
- Separación placentaria
- Multiparidad
- Pre eclampsia o eclampsia.

### **Causas**

Entre las principales causas de hemorragia post parto temprano tenemos:

#### a. Atonía uterina

Etiopatogenia: Se trata de un cuadro en que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae y contrae, alterándose así

la hemostasia. Los factores etiológicos son los mismos que actúan en la inercia con retención de placenta.<sup>14</sup>

Diagnóstico: Clínicamente se observa que el útero, después de haberse desocupado por completo sigue teniendo un tamaño mayor de lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de Pinard. Al excitarlo manualmente se ve que se contrae, disminuye su tamaño y aumenta su consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. La ausencia de lesiones de partes blandas, los trastornos de coagulación o de retención de restos placentarios, confirma el diagnóstico.<sup>6</sup>

b. Laceraciones del tracto genital

Etiopatogenia: Se produce generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas luego de la atención del mismo, en especial en algunas operaciones obstétricas (fórceps, versión interna). Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero).

Diagnóstico: El cuadro se instala con un útero clínicamente normal, bien retraído y contraído, con correcta coagulación sanguínea ya expulsada la placenta completa. El examen directo de

---

<sup>14</sup> Pritchard, J. Obstetricians de Williams. Cuarta Edición. Salvat Editores. España. 2007

<sup>6</sup>Alumbramiento Normal – 121 - Biblioceop - Loreto Vargas Mardones, Universidad Austral de Chile, 2008

la lesión permite confirmar el diagnóstico, se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo.<sup>11</sup>

c. Retención parcial de restos placentarios y membranas

Etiopatogenia: Con cierta frecuencia no es toda la placenta, si no uno o varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de las maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tironamiento desde el cordón. También ocurre como resultados de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales.

Diagnóstico: se realiza por el examen minucioso de la placenta, que deberá ser efectuado después de todo alumbramiento. Se observa así la ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia interna es inconstante y puede o no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. El tacto intrauterino que se llevará a cabo sólo en caso de necesidad.

La evolución clínica de la retención de cotiledones puede tomar varios sentidos: se desprenden y son expulsados de manera espontánea; con frecuencia origina hemorragias, a veces muy graves, posteriormente, durante el puerperio; en ocasiones sufren un proceso de desintegración, a lo que se agregan infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal, y otras veces se organizan en

---

<sup>11</sup>OMS. Tratamientos para la hemorragia post parto primaria. Extractos de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2008

el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde (pólipos placentarios).

La retención de membranas es frecuente aún en el parto espontáneo. Puede retenerse la totalidad de las membranas o sólo parte de ellas, tanto en extensión como en espesor (amnios o corion separadamente), ello ocurre por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad a un grado de adherencia acentuado de las membranas. El hecho se presenta con frecuencia en la placenta marginal.

Lo más habitual que aquellas se eliminen en los días siguientes al puerperio, junto con los loquios, generalmente desintegradas, a la par que se observan entuertos acentuados o fetidez loquial, puesto que la retención facilita el ingreso de gérmenes y predispone a la infección del endometrio. <sup>4</sup>

#### d. Inversión uterina

La inversión uterina después del parto es casi siempre la consecuencia de una fuerte tracción del cordón umbilical unido a una placenta implantada en el fondo uterino, también puede producirse la inversión uterina incompleta. También contribuye la inversión uterina por cordón umbilical duro que no se secciona con rapidez, combinado con una presión fúndica y un útero relajado, incluidos el segmento inferior y el cuello uterino.

---

<sup>4</sup>Departamento de Gineco-Obstetricia. Guías de práctica clínica. Hospital Santa Rosa. Lima. 2008

La placenta ácreta puede estar implicada, aunque la inversión uterina puede presentarse sin que la placenta esté firmemente adherida.<sup>18</sup>

e. Trastornos de la coagulación

El accidente hemorrágico por incoagulabilidad sanguínea se presenta como culminación de una serie de procesos obstétricos sumamente variables, que tiene como común denominador un periodo final de hemorragia de sangre que no coagula y que, al no ser tratado en forma conveniente la mayoría de veces tiene evolución fatal.<sup>11</sup>

b) HEMORRAGIAS POST PARTO TARDÍA

Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (42 días).

Factores predisponentes

- Hemorragia post parto primaria, de 600 ml a más.
- Sospecha de tejido placentario retenido luego de la inspección de placenta.
- Morbilidad en los 10 primeros días de puerperio.
- Shock debido a la gravedad de la hemorragia post parto secundario.

---

<sup>18</sup>Ministerio De Salud de la Nación - Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Post Parto 2008

<sup>11</sup> OMS. Tratamientos para la hemorragia post parto primaria. Extractos de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2008

- Morbilidad (temperatura superior a 38 °C.) o pirexia moderada (temperatura de 37.5 a 38 °C.) en el momento de la hemorragia secundaria.
- Sensibilidad dolorosa del útero.
- Pruebas bacteriológicas de infección del tracto genital.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> MINSA. Hemorragia vaginal post parto. Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 2013

# **CAPITULO III**

## **VARIABLES**

### **3.1. SISTEMA DE HIPOTESIS**

#### **3.1.1. HIPOTESIS GENERAL:**

Ha. La retención de restos placentarios tiene relación directa con la hemorragia post parto en el periodo de alumbramiento dirigido en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala durante Agosto 2012 – Mayo 2013.

Ho. La retención de restos placentarios no tiene relación directa con la hemorragia post parto en el periodo de alumbramiento dirigido en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala durante Agosto 2012 – Mayo 2013.

### **3.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

- Causas de la hemorragia Posparto

### **3.3. VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Alumbramiento Dirigido

### **3.4. VARIABLES INTERVINIENTES**

- Edad
- Grado instruccional
- Estado Civil
- Paridad
- Edad gestacional
- Condición económica

### **3.5 Operacionalización de Variables**

<b>Nº</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>TIPO</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTE</b>
<b>1</b>	Alumbramiento Dirigido	Estimulación de la dinámica uterina con Oxitocina, para la expulsión de la placenta y anexos.	Variable dependiente	Cualitativa	Ordinal	Normal Complicado	Ficha de datos
<b>2</b>	Hemorragia Post parto	Pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto.	Variable independiente	Cualitativa	Nominal	Presento No presente	Ficha de datos
<b>3</b>	Causas de Hemorragia Post parto	Son complicaciones que se producen en un alumbramiento distócico.	Variable independiente	Cualitativa	Nominal	- Retención de placenta - Atonía Uterina -Retención de restos placentarios	Ficha de datos
<b>4</b>	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento en años cronológicos.	Variable interviniente	Cuantitativa	Nominal	13 – 19 20 – 29 30 – 45	Ficha de datos
<b>5</b>	Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso de la gestante adolescente.	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario Superior Incompleto	Ficha de datos

<b>6</b>	Estado civil	Condición de la paciente en relación a los vínculos personales con otro individuo.	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente	Ficha de datos
<b>7</b>	Paridad	Se refiere al número de embarazos que una mujer ha dado a luz.	Variable interviniente	Cuantitativa	Nominal	Nulípara Multípara	Ficha de datos
<b>8</b>	Edad Gestacional	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento del bebé.	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal	- Pretermino - A termino - Post termino	Ficha de datos

# **CAPITULO IV**

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

## **4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

### **4.1.1. TIPO DE LA INVESTIGACION**

Investigación aplicada.

### **4.1.2. NIVEL DE LA INVESTIGACION**

El presente estudio es prospectivo, transversal, descriptivo.

Prospectivo porque la información se recolectó en el momento actual, transversal porque la variable se midió sólo una vez en un determinado tiempo y es descriptivo porque caracterizamos el evento a estudiar.

### **4.1.3. METODO**

Se utilizará una ficha de recolección de datos

## **4.2. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION**

### **4.2.1. POBLACIÓN**

Conformada por 317 parturientas atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio- Ayacucho, entre los meses de Agosto 2012 – Mayo de 2013.

### **4.2.2 MUESTRA**

El cálculo del muestreo fue 176 parturientas para conocer las causas de la hemorragia, ocurridas durante el periodo del alumbramiento dirigido en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio- Ayacucho, entre los meses de Agosto del 2012 a Mayo del 2013.

La fórmula para el tamaño de muestra:

$$n = \frac{Z^2 P \cdot Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P \cdot Q}$$

Dónde:

P = % de brindar un buen servicio 80%

Q = % de brindar un deficiente servicio 22%

E= Se desea considerar un 5%

Z= Un nivel de confianza de 95%

N= 317 pacientes.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (317)}{(0.05)^2 (317) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (79.2)}{0.79 + 0.9604}$$

$$n = \frac{304.254}{1.7529}$$

$$n = 176$$

**Criterios de inclusión:**

- Parturientas con alumbramiento dirigido
- Parturientas con hemorragia post parto.

**Criterios de exclusión:**

- Puérperas con hemorragia en el puerperio tardío
- Puérperas sin hemorragia post parto.
- Puérperas por parto domiciliario.

## 4.3. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

### 4.3.1. TÉCNICA

- Identificación de hemorragia posparto en el alumbramiento dirigido.
- Determinación de la causa de la hemorragia posparto

### 4.3.2. INSTRUMENTO

- Historia Clínica
- Ficha de recolección de datos.

## 4.4. FORMULACIÓN DEL CHI CUADRADO

### Prueba Estadística: No paramétrica Chi Cuadrado.

Para la tabulación de datos, se contó con el soporte del paquete estadístico SPSS y del programa Excel.

El Chi Cuadrado depende de sus Grados de Libertad (GL). Grados de Libertad es el número de elementos de un conjunto que puede variar libremente, quedando los demás explicados por los primeros. A cada valor de Chi Cuadrado en función de sus grados de libertad, le está asociado un valor de probabilidad en la curva de Distribución de Probabilidades.

Si el valor de probabilidad asociado al Chi Cuadrado ( $p$ ) es menor o igual que 0.05 ( $p < 0.05$ ) entonces, se afirma que la asociación entre las dos variables es significativa. Si el valor de  $p$  es mayor que 0.05 ( $p > 0.05$ ) entonces se afirma que la asociación entre las dos variables no es significativa.

Se plantea las hipótesis nulas y alternas ( $H_0$  y  $H_1$ ) para luego realizar la prueba de hipótesis con la siguiente fórmula.

- ✓ Prueba estadística : Chi Cuadrado

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

**Dónde:**X<sup>2</sup>: Estadístico Chi Cuadrado

O: Frecuencia observada

E: Frecuencia esperada

∑∑: Sumatoria

La prueba Chi Cuadrado es un estadístico no paramétrico, cuya finalidad es establecer si existe o no relación entre las variables estudiadas.

**Tabla : Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,573 <sup>a</sup>	1	0,032		
N de casos válidos	176				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Vemos que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 4,573 el cual es la distribución de X<sup>2</sup> con 1 grado de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. asint. = Significación asintótica) de 0,032. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observada) es muy pequeña, decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que existe mayor frecuencia de hemorragias por retención de restos placentarios ocurrido en el periodo de alumbramiento dirigido según los factores socio demográficos en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala durante Mayo 2012 – Agosto 2013.

# **CAPÍTULO V**

## **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 01: Cuadro de Hemorragia Post Parto**

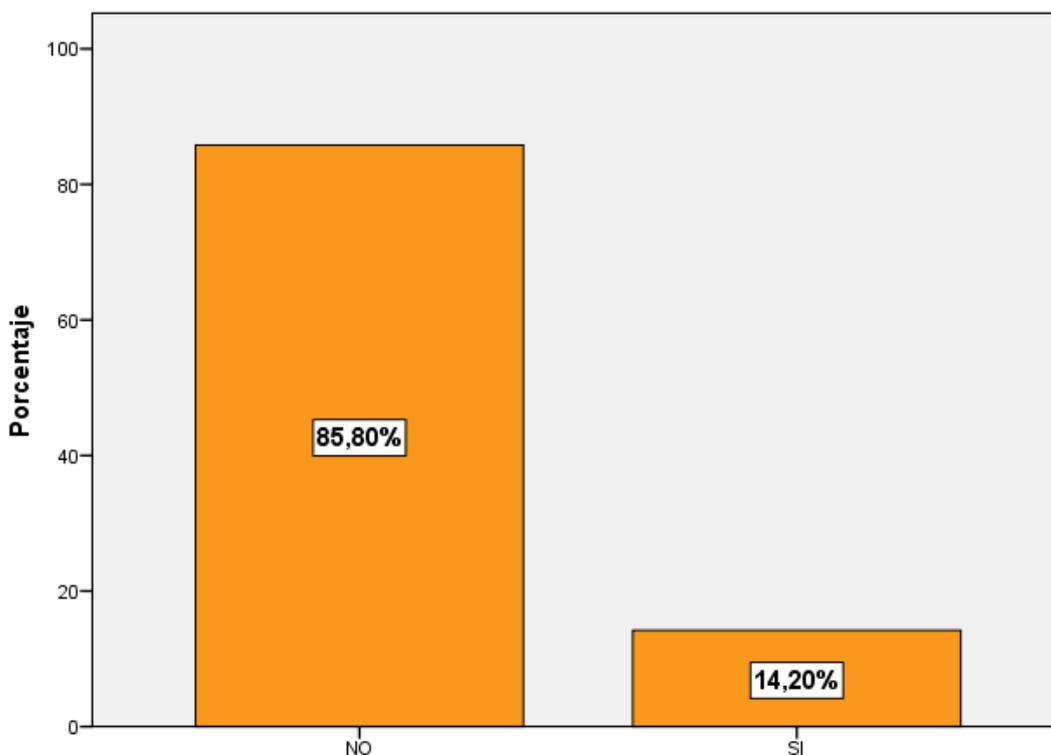
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	151	85,8	85,8	85,8
	SI	25	14,2	14,2	14,2
	Total	176	100,0	100,0	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

La tabla 1, nos muestra que el 85,8% (151) de las pacientes estudiadas no presentan HPP, mientras que el 14.2% (25) si lo presenta, la cual nos permitió continuar con la presente investigación.

**Figura 1: Presenta Hemorragia Post Parto (HPP)**



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 02: Cuadro de Causas de Hemorragias Post parto**

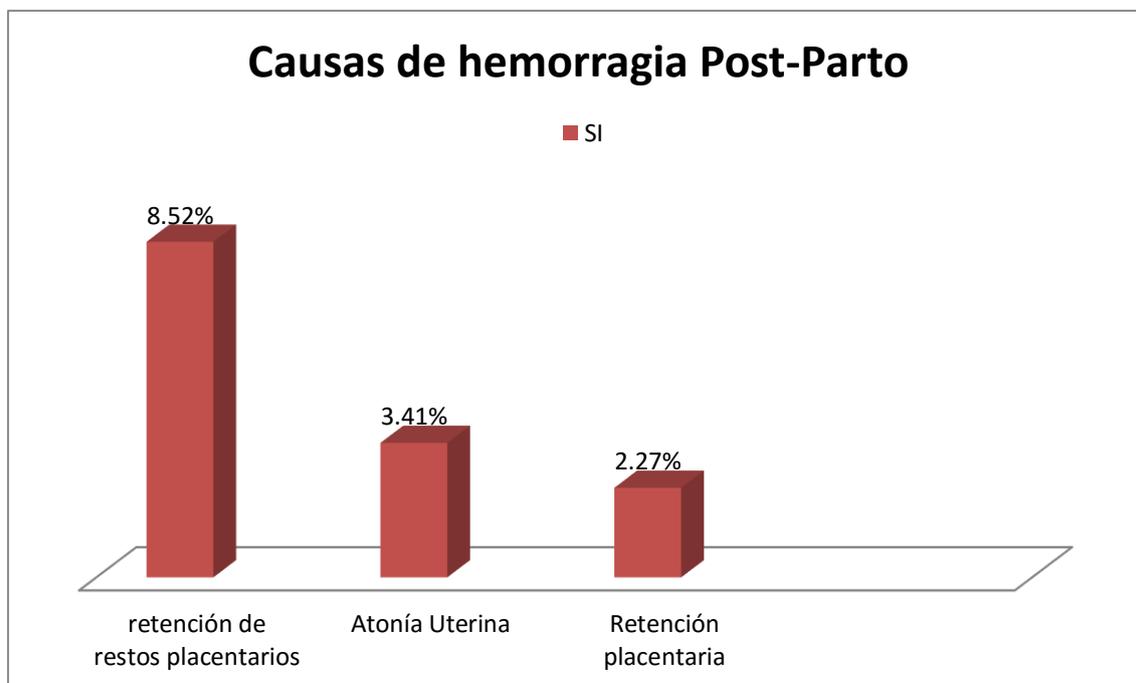
<b>Causas</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>
retención de restos placentarios	15	8,52%
Atonía Uterina	6	3,41%
Retención placentaria	4	2,27%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>14,2%</b>

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

La Tabla 2, nos muestra que del 14,2% (25) de las pacientes que presentaron Hemorragia en el alumbramiento dirigido, el 8,52% (15) presentaron retención de restos placentarios, seguido del 3,41% (6) con Atonía Uterina y el 2,27% (4) presento retención placentaria, el resto siendo un promedio del 85,8% no presentaron ninguna de las causas establecidas por la HPP.

**Figura 2: Causas de Hemorragia Post-Parto**



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 03: Cuadro de Restos placentarios según edad**

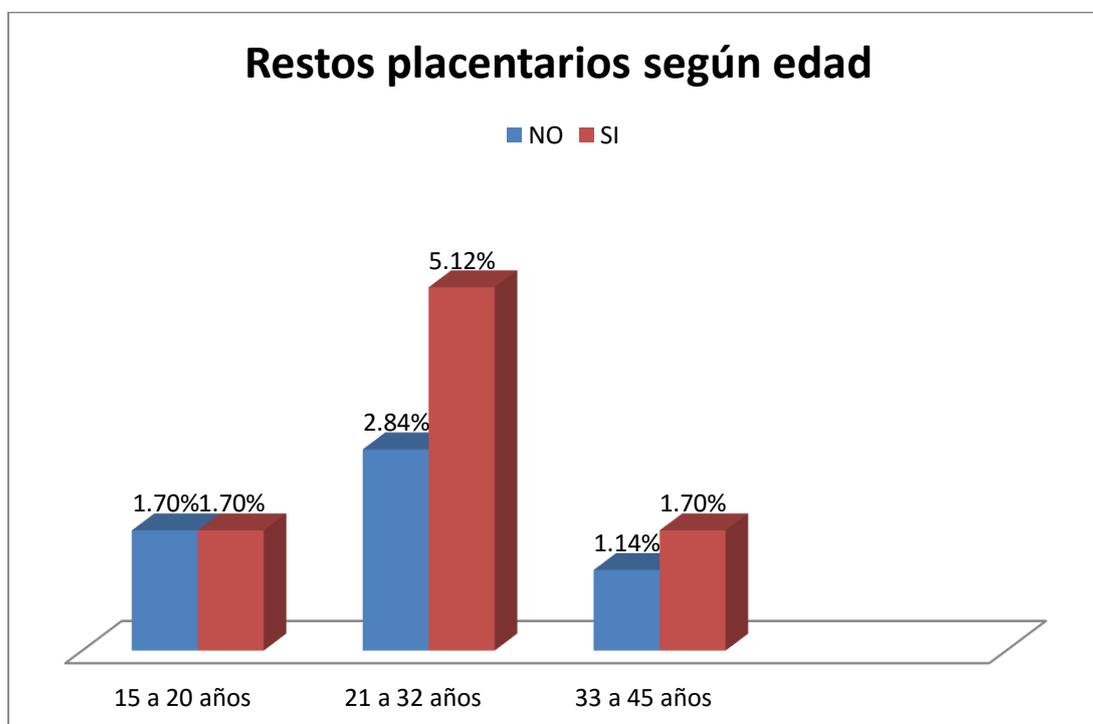
EDAD	NO		SI		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
15 a 20 años	3	1.70%	3	1.70%	6	3,41%
21 a 32 años	5	2.84%	9	5.12%	14	7,95%
33 a 45 años	2	1.14%	3	1.70%	5	2,84%
Total	10	5.68%	15	8.52%	25	14,2%

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

La tabla 3, nos muestra que del 14,2% (25) de las pacientes que presentaron Hemorragia en el alumbramiento dirigido causado por restos placentarios, el 5,12% (9) se encuentra en el rango de edad de 21 a 32 años, seguido del 1,70% (3) entre los 15 a 20 años, y entre 33 a 45 años en un 1,70% (3).

**Figura 3: restos placentarios según edad**



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 04: Causas de HPP según Edad**

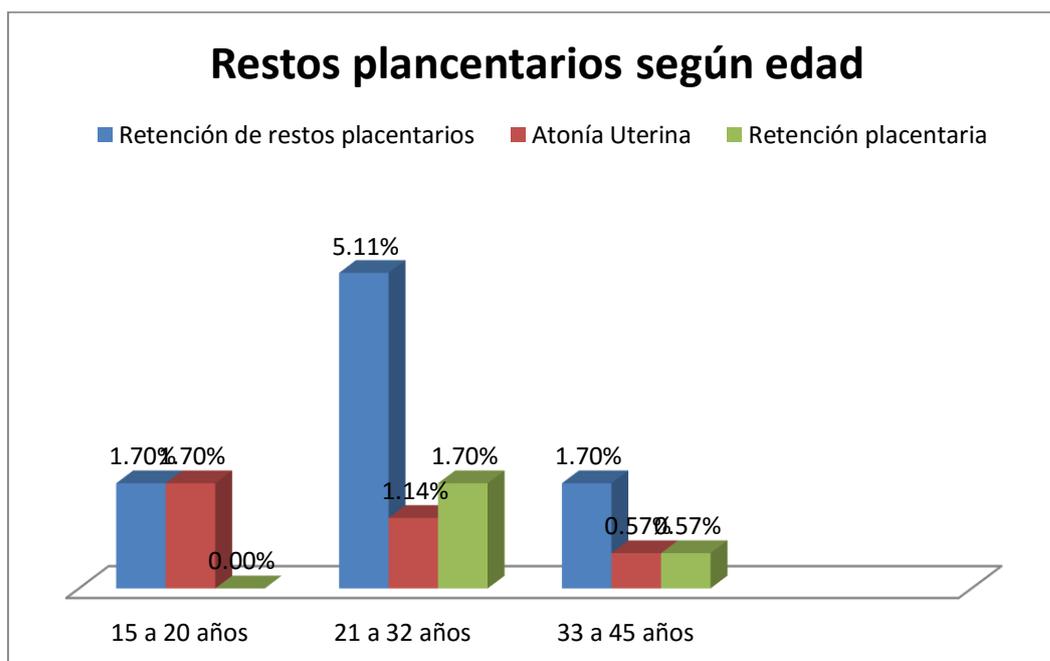
EDAD	Retención de restos placentarios				Atonía Uterina		Retención placentaria		Total	
	F		%		F		%		F	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15 a 20 años	3	1,70%	3	1,70%	0	0%	6	3,41%		
21 a 32 años	9	5,11%	2	1,14%	3	1,70%	14	7,95%		
33 a 45 años	3	1,70%	1	0,57%	1	0,57%	5	2,84%		
Total	15	8,52%	6	3,41%	4	2,27%	25	14,2%		

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

La tabla 4, nos muestra que del 14,2% (25) de las pacientes que presentaron Hemorragia en el alumbramiento dirigido, el 5,11% (9) siendo la causa principal del HPP por Retención de restos placentarios comprenden entre 21 a 32 años, seguido del 1,7% (3) que están entre 15 a 20 años, asimismo existe un 1,7% (3), sufrieron de HPP a causa de Atonía Uterina y tienen entre 15 a 20 años y 1,7% (3) quienes presentaron retención placentaria tienen entre 21 a 32 años de edad.

**Figura 4: Causas de Hemorragia Post-Parto según edad**



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 05: Causas de HPP según Paridad**

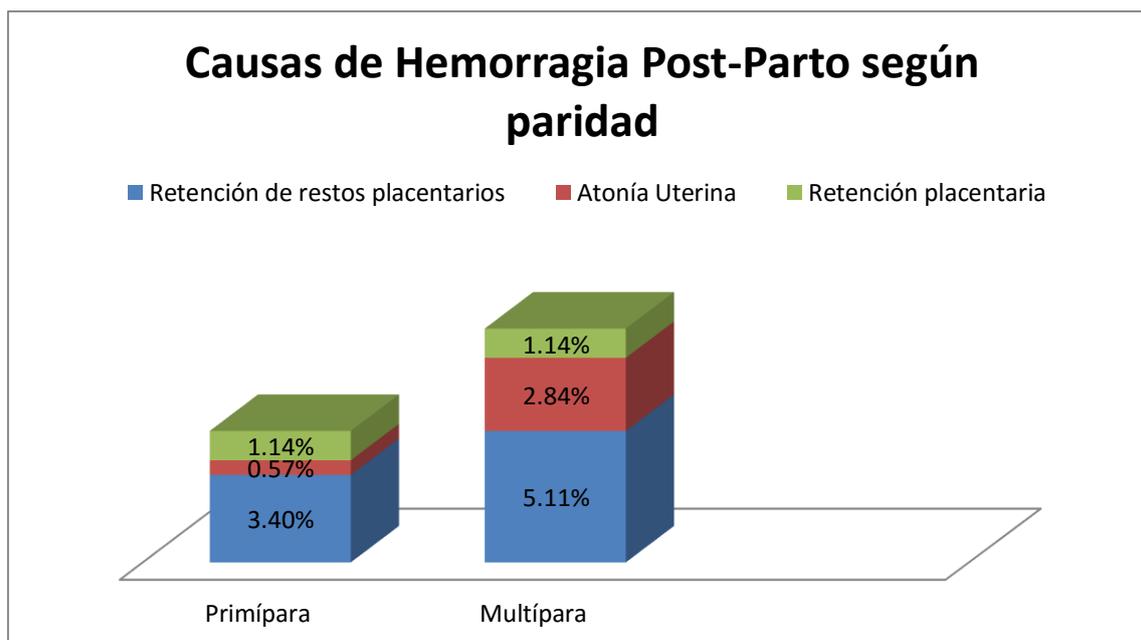
Paridad	Retención de restos placentarios		Atonía Uterina		Retención placentaria		Total	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Primípara	6	3,40%	1	0,57%	2	1,14%	11	6,25%
Múltipara	9	5,11%	5	2,84%	2	1,14%	14	7,95%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8,52%</b>	<b>6</b>	<b>3,41%</b>	<b>4</b>	<b>2,28%</b>	<b>25</b>	<b>14,2%</b>

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

En la tabla 5, nos muestra que del 14,2% (25) de las pacientes que presentaron Hemorragia en el alumbramiento dirigido, en el 3,4% (6) la causa de HPP fue por Retención de restos placentarios, en mujeres primíparas y el 5,11% (9) en mujeres múltiparas, como segunda causa tenemos la Atonía Uterina, un 0,57% (1) que se dio en primíparas y un 2,84% (5) en mujeres múltiparas; asimismo se presentó retención placentaria en mujeres primíparas 1,14% (2) y en mujeres múltiparas 1,14% (2).

**Figura 5: Causas de Hemorragia Post-Parto según paridad**



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 06: Cuadro según nivel de instrucción**

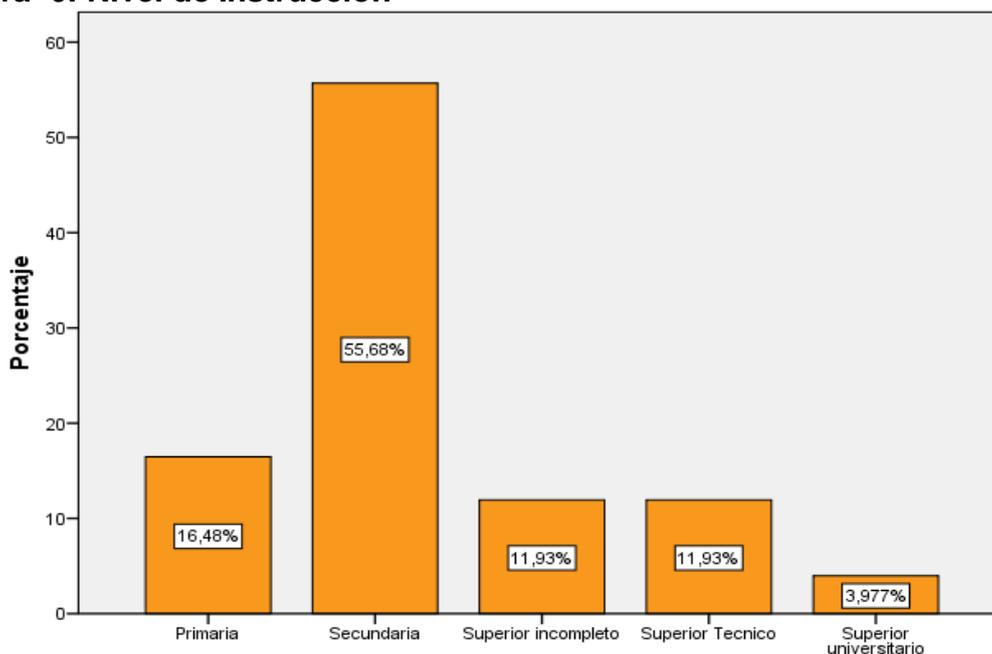
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primaria	29	16,48
	Secundaria	98	55,68
	Superior incompleto	21	11,93
	Superior Técnico	21	11,93
	Superior universitario	7	3,97
	Total	176	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

Se observa en la tabla 6, que del 100% (176) el 16% (29) tiene nivel instrucción primaria, el 55.68% (98) tienen nivel secundaria, el 11.9% (21) tiene un nivel superior incompleto, el 11.9% tiene un nivel técnico, el 4% tienen un nivel superior universitario.

**Figura 6: Nivel de Instrucción**



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 07: Cuadro según estado civil**

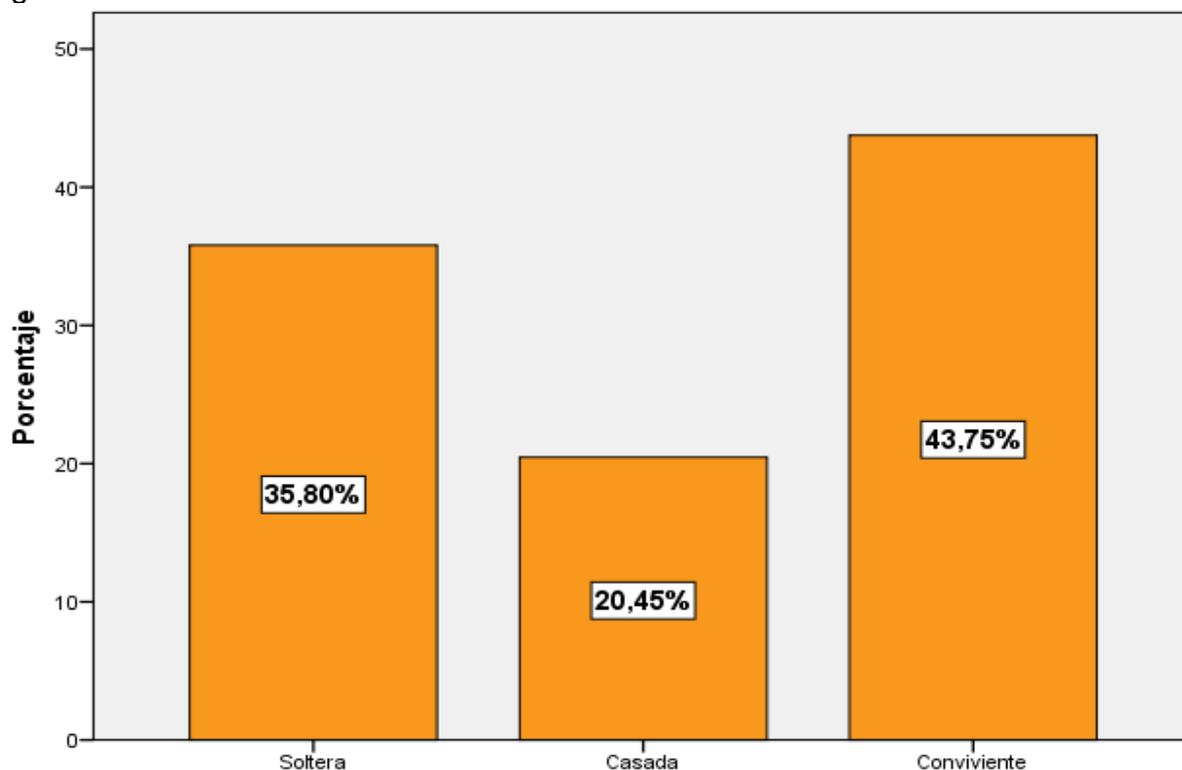
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltera	63	35,80
	Casada	36	20,45
	Conviviente	77	43,75
	Total	176	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

Se observa en la tabla 7 que del 100%, el 35.8% (63) son solteros, el 20.5% (36) son casadas y el 43.75% (77) son convivientes.

Figura 7: Estado Civil



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 08: Cuadro según número de controles**

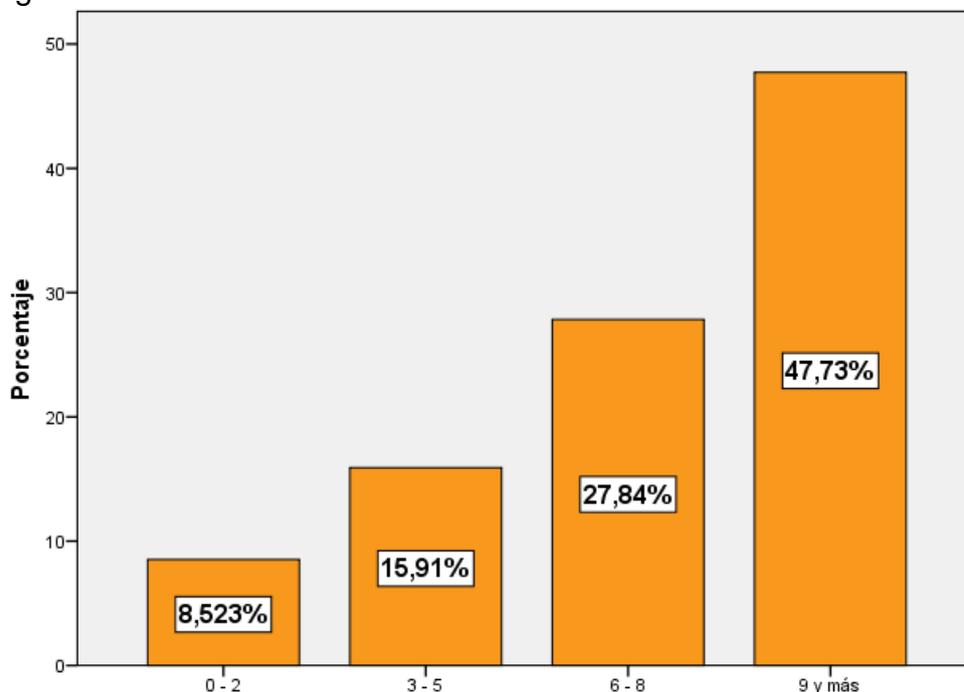
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0 – 2	15	8,52
	3 – 5	28	15,91
	6 – 8	49	27,84
	9 y más	84	47,73
	Total	176	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

Se observa en la tabla 8, que del 100%, el 47.73% (84) tiene de 9 a más controles, el 8.52% (15) tiene de 0 – 2 controles, el 15.91% ha tenido 3 a 5 controles y el 27.84% (49) ha presentado de 6 a 8 controles.

**Figura 8: Número de Controles**



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 09: Cuadro según edad gestacional**

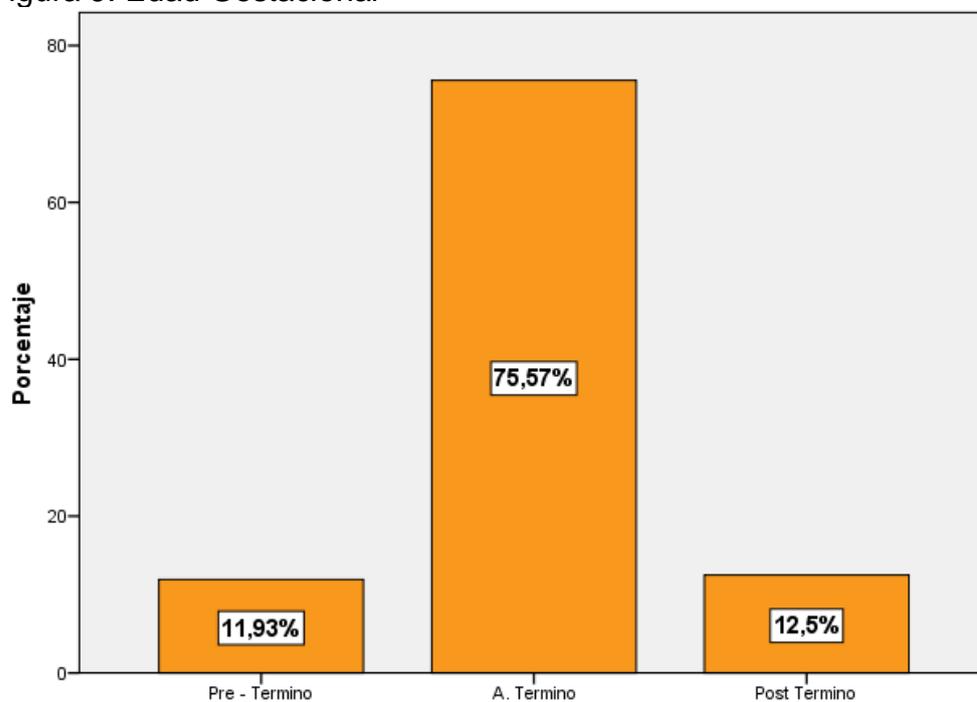
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Pre – Termino	21	11,93
	A. Termino	133	75,57
	Post Termino	22	12,50
	Total	176	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

En la tabla 9, del 100%, se observa al 11.9% (21) con un parto Pre-termino, seguido del 75.5% (133) con un parto a término y por último el 12.5% (22) con un parto post-termino.

Figura 9: Edad Gestacional



CAUSAS DE HEMORRAGIAS OCURRIDAS EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL APOYO DE PUQUIO

**Tabla n° 10: Cuadro según cantidad de sangrado**

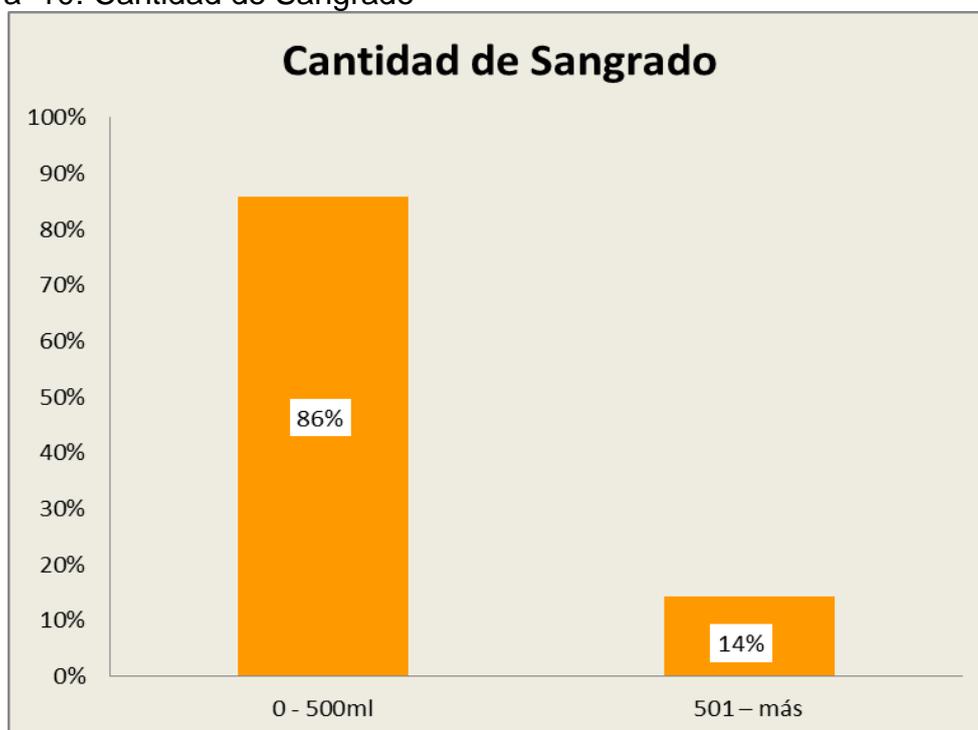
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0 - 500ml	151	85,8
	501 – más	25	14,2
	Total	176	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

**Interpretación:**

En la tabla 10, del 100%, se observa que el 14,2% (25) ha presentado una cantidad de sangrado superando los 501 ml, asimismo el 85,8% (151) presentó una cantidad de sangrado entre los niveles de 0 – 500 ml.

Figura 10: Cantidad de Sangrado



## DISCUSION DE RESULTADOS

El sangrado durante el parto, con una pérdida promedio de 500 ml es un hecho inevitable que se da como consecuencia del desprendimiento normal de la placenta (período de alumbramiento); sin embargo, el sangrado con evidencia de debilidad, vértigo y/o signos de hipovolemia con taquicardia, oliguria y otros, es común observarlas en las llamadas hemorragias obstétricas, tal como se muestra en la tabla N° 1, donde el problema se reporta en el 14,2% de pacientes atendidos en el Servicio de Gineco-Obstetricia el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio- Ayacucho, como consecuencia de una serie de factores, mientras que el 85,8% no presentaron Hemorragia Post Parto. Resultados que no se comparten con otros autores ya que según Rivero, Mabel I. y Otros en su estudio indica que solo se presentaron 7,3% casos de Hemorragia post parto; al igual que Altamirano G. Paula A. (2012) donde demostró en su estudio que la frecuencia de Hemorragia post parto se presentó en 1,52%; un estudio realizado en el Hospital S. Bernales con una muestra de 86 casos se halló un 3,03% parturientas que presentaron Hemorragia post parto. Por lo que se rechaza dichas investigaciones

En la tabla N° 2, nos muestra que las principales causas de hemorragia post parto en alumbramiento dirigido son la retención de restos placentarios en un 8,52%, atonía uterina en un 3,41% y retención de placenta en un 2,27%. Resultados que se comparten con otros autores como; BONIFAZ J. en su estudio demostró que la principal causa de HPP en un 70% fue el alumbramiento incompleto; OROZCO Y. en su estudio demostró que la principal causa de Hemorragia postparto destaca la Atonía uterina 42%, RIVERO, MABEL I. y otros en su estudio presentado refiere que las causas de HPP fueron: hipotonía uterina 37,5%, retención de restos placentarios en un 37,5%, ALTAMIRANO P. en su estudio concluye que las principales causas de hemorragia post parto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina y retención de restos placentarios. Por lo que se aceptan dichas investigaciones.

En la tabla N° 3, se observa que según la principal causa hemorragia post parto por retención de restos placentarios se presentó con mayor frecuencia en un 5,12% en el rango de edades de 21 – 32 años, seguido de 1,70% entre los 15 – 20 años, y de 33 – 45 años en 1,70%.

En la tabla N° 4, nuestro estudio nos demuestra que la mayor edad promedio donde se presentaron las principales causas como; retención de restos placentarios, atonía uterina y retención de placenta comprenden entre 21 – 32 años en un 7,95%, lo cual es compartido con algunos autores en sus estudios demostrados; según BONIFAZ J. informa que las principales causas de hemorragia post parto se presentaron en un 32% entre las edades de 24 – 29 años; OROZCO Y. en su estudio comprobó que el mayor número de casos corresponde al grupo de edad entre 28 – 34 años en un 37%; en el estudio de MARTINEZ B. y Otros encontró que la media de edades fue de 22,98 años +/- 5,073 en donde se reportaron mayor caso de hemorragias post parto; RIVERO y Otros refieren que la edad media de la población fue de 25 +/- 7 años donde se encontraron más casos de hemorragias post parto según causas principales. Por lo que se aceptan dichas investigaciones

En la tabla N° 5 se observa que la mayoría de las causas de hemorragia post parto se presentaron en mujeres multíparas en un 7,95%, y en mujeres primíparas un 6,25%; resultado que se comparte con OROZCO Y. en el cual informa que el 67% de pacientes fueron multíparas que presentaron hemorragia en el tercer periodo del trabajo de parto, MORAGA en su estudio demuestra que la mayoría de sus casos se presentaron en mujeres multíparas un 43,2%, por lo que se aceptan dichas investigaciones

En la tabla N° 6, según nivel de instrucción nos indica que la mayoría de pacientes que presentaron estas causas de hemorragias post parto tienen un nivel de instrucción secundaria en un 55,68%; resultados no compartidos con BONIFAZ J. ya que indica que el 36% de sus pacientes tienen nivel de instrucción primaria, OROZCO Y. nos muestra que dentro del grado de escolaridad se dio en un 60% donde tenían nivel de instrucción baja entre analfabeta e instrucción primaria, por lo que se rechazan estas investigaciones.

En la tabla N° 7, nos muestra que según estado civil la mayoría de pacientes en un 43,75% son convivientes, en un estudio presentado por BONIFAZ J. nos muestra que su mayoría de población son de estado civil casadas en un 48%, OROZCO Y. nos muestra que el 51% de sus pacientes se encuentra en un estado civil en unión libre; resultados por lo que se rechazan dichas investigaciones

En la tabla N° 8, demostramos que el 47,7% de las parturientas tienen más de 9 controles prenatales, en su estudio OROZCO Y. indica que su población estudiada presentó un mal control prenatal de 1 a 3, RIVERO y Otros nos muestra que su población tenía de 4 a 5 controles prenatales, por lo que se rechazan dichas investigaciones.

En la tabla N°9, demostramos que el 75,5% de las pacientes que presentaron hemorragia en el periodo de alumbramiento dirigido tuvieron un embarazo a término, no se encontraron investigaciones reportando este resultado.

En la tabla N° 10, demostramos que el 14,2% presentó una cantidad de sangrado por encima de los 501 ml, lo que consideramos por teoría una hemorragia post parto, en su estudio MENA A. nos muestra que la cantidad de sangrado en el manejo activo durante el tercer periodo fue de 177.1 ml +/- 127 ml, mientras que en el grupo de manejo expectante es de 498.3 ml +/- 290.6, por lo que se rechaza dicha investigación.

## CONCLUSIONES

- Se determinó un 14,2% de hemorragias ocurridas en el periodo de alumbramiento en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio – Ayacucho.
- Se concluyó que las principales causas de las hemorragias ocurridas en el periodo del alumbramiento fueron la retención de restos placentarios, la atonía uterina y la retención de placenta, en el estudio realizado.
- Como principal causa tuvimos la retención de restos placentarios que se presentaron con una mayor frecuencia en grupos etáreos de jóvenes y adolescentes.
- La mayoría de las causas que conllevaron a una hemorragia en el periodo de alumbramiento se presentaron en mujeres multíparas.
- El grado de instrucción, estado civil, número de controles prenatales, así como la edad gestacional, no mostraron relación significativa con la hemorragia ocurridas en el periodo de alumbramiento dirigido.
- Se concluye en el estudio presentado que la cantidad de sangrado supero los 501 ml, comprobándonos que a pesar del manejo activo si hubo un resultado significativo de hemorragia post parto por las causas señaladas anteriormente.

## RECOMENDACIONES

- ✓ Sensibilizar a través de estos resultados a los profesionales y autoridades del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio a fin de que se adopten estrategias y protocolos de atención con la finalidad de reducir las hemorragias postparto y los riesgos obstétricos.
- ✓ Evaluar adecuadamente a la gestante con la finalidad de evitar complicaciones durante el parto y trabajo de parto, para realizar un manejo activo de manera correcta y evitar alguna causa que conduzca a una hemorragia post parto.
- ✓ Trabajo preventivo con los embarazos en adolescentes – jóvenes, sobre charlas informativas acerca de las posibles causas, complicaciones durante el parto.
- ✓ Charlas preventivo - promocional sobre métodos anticonceptivos con la población MEF, gestantes, adolescentes para una buena planificación familiar.
- ✓ Realizar un buen llenado de la buena historia clínica al ingreso de la gestante al nosocomio para reconocer posibles causas que se presenten durante el trabajo de parto y parto.
- ✓ Realizar un manejo activo en el periodo del alumbramiento con todas las medidas establecidas según protocolo.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Dr. Andrés Calle M. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto - Correspondencia - Rev. Perú Gin Obst 2008. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54\\_n4/pdf/a03v54n4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf)
2. Alumbramiento Dirigido, emergencias puerperales - Cicat salud 2012- <http://es.slideshare.net/cicatsalud/alumbramiento-dirigido-emergencias-puerperales-cicatsalud>
3. NELLY PINILLOS GUZMAN, Manejo Activo Alumbramiento, 30,487 <http://es.slideshare.net/edramalho/alumbramiento-09>
4. Departamento de Gineco-Obstetricia. Guías de práctica clínica. Hospital Santa Rosa. Lima. 2008. URL: [http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA\\_CLINICA\\_GINECO\\_2008.pdf](http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA_CLINICA_GINECO_2008.pdf)
5. Hernández, A. Alto Riesgo Obstétrico: Metrorragia post parto. 2008. URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/Indexe>
6. Loreto Vargas Mardones, Alumbramiento Normal – 121 - Biblioceop -, Universidad Austral de Chile, 2008 - <http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/alumbramiento-121.pdf>
7. Manual MERCK para el hogar (2012). Hemorragia posparto. Disponible en: <http://www.consumidores.msd.com.mx/manualmerck/022-problemas-de-la-salud-de-la-mujer/250-periodo-posparto/hemorragias-parto.aspx>
8. MINSA. Hemorragia vaginal post parto. Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 2013. URL: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2013/SE44/mmaterna.pdf>

9. GD Hernández López y Col, Hemorragia Obstétrica Post Parto: Reanimación Guiada por Metas, de Revista del Hospital Juárez México 2013. - <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133f.pdf>
10. Ministerio de Salud Hospital - Santa Rosa. Departamento de Gineco Obstetricia Guías de Práctica Clínica Médico Quirúrgica, Pág.11 2008. [http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA\\_CLINICA\\_GINECO\\_2008.pdf](http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA_CLINICA_GINECO_2008.pdf)
11. OMS. Tratamientos para la hemorragia post parto primaria. Extractos de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2008. URL: <http://www.rhlibrary.com/BSR/Commentaries/htm/Sfcom.htm>
12. OMS. Hemorragia post parto. Salud Materna perinatal. 2008. URL: [http://perinatal.bvsalud.org/E/temas\\_perinatales/hemorragia.htm](http://perinatal.bvsalud.org/E/temas_perinatales/hemorragia.htm)
13. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal - Ministerio de Sanidad y Política Social, Pág. 147, 2010 - <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
14. Pritchard, J. Obstetricians de Williams. Cuarta Edición. Salvat Editores. España. 2007
15. Recursos de la Red El embarazo de alto riesgo: hemorragia posparto. 2013. [http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_hrpregnant\\_sp/postpart.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_hrpregnant_sp/postpart.cfm)
16. Schwartz R. y Cols. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay. 2008.
17. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Post Parto – Ministerio de Salud Pública de Ecuador 2013 - [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_hemorragia\\_postparto.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_hemorragia_postparto.pdf)

18. Ministerio De Salud de la Nación - Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Post Parto 2008, [http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/guia\\_hemorragia.pdf](http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf)
19. Manual para la Práctica Clínica – Ministerio de Salud, Área de Ginecología y Obstetricia Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Septiembre de 2011 - <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/manual-breve-practica-clinica.pdf>
20. CHIRIBOGA D. (2013) Causas y Factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias post-parto en pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor.
21. BONIFAZ G. (2010), titulado “hemorragias postparto en el servicio de Gineco–obstetricia del hospital provincial general docente de Riobamba.
22. OROZCO YANZA Y. (2010)“Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. servicio de ginecología. Hospital Provincial Puyo. 2010”.
23. Martínez, B. & Rodríguez, A. (2010) “Eficacia del misoprostol vs. Oxitocina en el manejo del puerperio inmediato para la prevención de hemorragia postparto en pacientes que acuden a la sala de parto del hospital universitario Dr. Luis Razzeti, en un lapso comprendido entre octubre 2009- mayo 2010 en Barcelonaedo Anzoategui”
24. MENA L., (2008) titulado “Manejo activo del alumbramiento en nacimientos céfalo vaginales y prevalencia de anemia postparto: evaluación y prevención de la hemorragia postparto” Quito – Ecuador
25. Rivero, Mabel I. - Avanza, María J. - Alegre, María C. Feu, María C. - Valsecia, Mabel - Schaab, Andrea - Figueras, Albert (2005) en su estudio Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Argentina.
26. Altamirano Girano Paula A. (2012) Factores de Alto Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora Durante el 2009. U.R.P. Perú.

27. Moraga L, Irías J. "Hemorragia post parto en pacientes atendidas en Hospital Materno Infantil por médicos internos y residentes". Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH Vol.10 No.1 Enero-Abril 2007
28. Guzmán Vargas C. "Evaluación comparativa de las complicaciones del embarazo, parto y post-parto de las gestantes adolescentes, tempranas y tardías, en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), 2003-2004". Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana Unidad de Post Grado.
29. HOSPITAL S. BERNALES – 2007, "Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el hospital nacional Sergio e. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2007"
30. Consultado en la web.  
[http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106\\_Falta%20Corregir.pdf](http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106_Falta%20Corregir.pdf)

# **ANEXOS**

## CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

Nombres: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Nivel de Instrucción:

Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior

Estado Civil:

Soltera	Conviviente	Casada

### I. DATOS HISTORICOS:

Paridad:

Nulípara	
Múltipara	

Controles Prenatales:

Deficientes o nulos	
Adecuados	

Duración del primero y segundo períodos del parto \_\_\_\_\_

